

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Lenalidomide ในผู้ป่วย Myelodysplastic syndrome (LND-MDS 5q)

Hcode		
HN		คำนำหน้า
ชื่อ		นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน		วันเดือนปีเกิด
เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง	
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.	

รอบที่ :		ครั้งที่ :	
First approved date			
Date started Lenalidomide :	date		
Number cycle of Lenalidomide :		last cycle date	
Evaluation by :	☐ Clinical examination		
	☐ Total PRC transfusion last 2 months : (เดือน/ปี -), unit		
	☐ CBC : Hb : g/dL WBC : /mm ³		
	PMN : % L : % platelet : /mm ³		
	☐ Blood chem Cr : mg/dL Albumin g/gL		
	Globulin : g/dL SGOT : , SGPT : , Alk phos :		
BM cytogenetic post Lenalidomide :	☐ Year1 (date), result of 5q- = metaphase from total metaphase , description :		
	☐ Year2 (date), result of 5q- = metaphase from total metaphase , description :		
	ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		
	Lenalidomide dose : mg. Frequency :		

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว		สาขาวิชา		เบอร์โทรติดต่อ	
E-mail ที่สามารถติดต่อได้					
ผู้บันทึก ชื่อ		เบอร์โทรติดต่อ			

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

**** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ ****