

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Lenalidomide ในผู้ป่วย Multiple myeloma (LND-MM)

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
	☐ Clinical examination	
	☐ CBC : Hb : g/dL WBC : /mm ³ PMN : % L : % platelet : /mm ³	
	☐ Blood chem Cr : mg/dL eGFR : mL/min Ca : mg/dL Albumin : g/dL Globulin : g/dL beta-2-microglobulin : mg/L	
Evaluation by :	☐ Serum quantitative immunoglobulin IgG : g/L , IgM : g/L , IgA : g/L , others :	
	☐ serum electrophoresis result :	
	☐ serum immunofixation result :	
	☐ Serum free light chain Kappa : mg/L , Lambda : mg/L , Kappa/Lambda :	
	☐ BM exam plasma cell % ☐ StrCR ☐ CR ☐ VGPR ☐ PR ☐ MR ☐ SD ☐ PD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
Clinical response :		
ECOG Status :		
Lenalidomide dose :	mg.	Frequency :
Chemotherapy specify agents :		
	บันทึกเมื่อ	
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว		สาขาวิชา
E-mail ที่สามารถติดต่อได้		
ผู้บันทึก ชื่อ		เบอร์โทรศัพท์
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :		
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :		
☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score		

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