

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Mantle cell lymphoma (RTX-MCL)

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 Rituximab :

Number of cycles chemotherapy : last cycle date

Number of cycles rituximab : last cycle date

☐ Clinical examination

☐ CT chest

result :

Evaluation date : by :

☐ CT abdomen

result :

☐ Bone marrow exam

result :

Clinical response : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

แผนการรักษาด้วย bone marrow transplantation : ☐ N ☐ Y , รพ. วันที่

Chemotherapy : specify agents

☐ Rituximab IV dose : mg.

Chemotherapy and Frequency :

☐ Rituximab subcutaneous dose : mg.

Chemotherapy and Frequency :

Rituximab dose , total mg. every week ☐ Intravenous ☐ Subcutaneous

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 ****