

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Marginal zone lymphoma /  
Lymphoplasmacytic lymphoma(RTX-MZL/LPL)

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 :

Diagnosis : Date  ☐ Marginal zone lymphoma ☐ Lymphoplasmacytic lymphoma

Date started Rituximab :

Number of cycles chemotherapy :  last cycle date

Number of cycles rituximab :  last cycle date

☐ Clinical examination

☐ Radiologic exam , date

Evaluation date :  by :  ☐ BM exam date  result :

☐ CBC  Hb :  g/dL WBC :  /mm<sup>3</sup>

PMN :  % L :  % platelet :  /mm<sup>3</sup>

☐ Albumin  g/dL Globulin :  g/dL

Serum protein electrophoresis : date  result :

Serum immunofixation : date  IgG :  g/L , IgM :  g/L

Clinical response : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

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 \*\***

