

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Ruxolitinib ในผู้ป่วย Myelofibrosis (RUX-PMF)

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 Ruxolitinib :

Evaluation date : Weight : kg.

ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Weight loss : ☐ Improve ☐ Not improve

Fever : ☐ Yes ☐ No

Night sweats : ☐ Yes ☐ No

Spleen size, exam date : cm below mid left costal margin

CBC : date Hb : g/dL, WBC : /mm³, Plt : /mm³

PMN : %, Ly : %, Blast : %, Other

Blood chemistry : LDH : , Total protein : g/dL, Albumin : g/dL

ALT : U/L, AST : U/L

Cytogenetic study : date, (กรณีที่ยังไม่ได้ลงข้อมูลในการลงทะเบียนครั้งแรก)

☐ Not done ☐ Done, (result)

JAK2 mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done

CALR mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done

MPL mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done

Other gene mutation, specific :

Ruxolitinib 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 **