

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Alectinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (ALEC-NSL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม.

รอบที่ : ครั้งที่ :

First approved date :
 Date first started Alectinib :
 Evaluation : date by ☐ clinical ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI
☐ Other
 Radiology report : date
 Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD
 ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 Planned Alectinib dose : ☐ 150 mg/day ☐ 300 mg/day ☐ 450 mg/day ☐ 600 mg/day

บันทึกเมื่อ

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

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

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

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