

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Atezolizumab ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (ATZ-NSL)

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 first started Atezolizumab :

Evaluation : date by ☐ clinical ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI
☐ Other

Radiology report : date

Disease status :

ECOG status :

Laboratory examination :

Atezolizumab dose : mg.

Atezolizumab dose :

☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Albumin : g/dL , ALT : U/L , AST : U/L ,

Alk phos : U/L , Total bili : mg/dL ,

Direct bili : mg/dL , TSH : mIU/L ,

Creatinine : mg/dL

Frequency :

☐ 1,200 mg every 3 week

☐ mg every week

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 **