

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย Colorectal cancer (BCZ-CRC)

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 BEV :   
 Number cycle of chemotherapy :  last cycle date   
 Number cycle of Bevacizumab :  last cycle date   
 LFT : date  total protein  g/dL , albumin  g/dL , alk phosphatase  U/L  
 Total bilirubin  mg. direct bilirubin  mg. SGOT  U/L  
 SGPT  U/L Creatinine :  mg/dL,  
 GFR (if Cr>1.5 mg%) :  mL/min  
 Proteinuria : ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ negative  
 Total proteinuria (ในกรณีที่ >= 2+) :  mg/day  
 ECOG performance status :  ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4  
 Barthel ADL score , date  =   
 Evaluation date :  By ☐ Plain x-ray ☐ Ultrasound ☐ CT scan ☐ Radionuclide scan ☐ MRI  
☐ Other   
 Radiology report :   
 Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD  
☐ None  
☐ GI perforation date :   
☐ Hemorrhage date :   
 Serious AE : ☐ Acute MI date :   
☐ Thromboembolism date :   
☐ Hypertension  
☐ Other date :   
 Bevacizumab dose :  mg. Frequency :   
 Prescribed BEV dose :  mg.  
 Chemotherapeutic agent :

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว   สาขาวิชา  บันทึกเมื่อ   
 E-mail ที่สามารถติดต่อได้  เบอร์โทรติดต่อ   
 ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

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

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