

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย High-risk advanced ovarian cancer (stage IIIB-IV) (BCZ-OVC)

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 (ในกรณีที่มี >= 2+) : mg/day

ECOG performance status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

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 :

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 **