

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย
Metastatic or Inoperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma (PZP-STs)

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 Pazopanib :

Last examination date :

ECOG Status :

Weight : Kg. Blood pressure /

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Blood chemistry : date

BUN : mg/dL, Cr : mg/dL, Total protein : g/dL

Albumin : g/dL, Alk phosphatase : U/L, Total bill : mg.

Direct bill : mg. SGOT : U/L SGPT : U/L

Proteinuria : date

☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ negative

☐ Clinical

☐ CXR result :

☐ CT Chest

result :

☐ CT Abdomen

result :

☐ MRI abdomen

result :

☐ Ultrasound

result :

☐ Others

result :

Disease status :

☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

Pazopanib dose : mg.

Frequency :

Pazopanib dose : mg/day

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 ****