

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Sorafenib ในผู้ป่วย Thyroid carcinoma (SRF-ThC)

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 Sorafenib date :
 Evaluation date by : ☐ Clinical ☐ Plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S
☐ MRI ☐ Other
☐ CT scan , date
 result :
☐ MRI scan , date
 result :
☐ Radioiodine scan , date
 result :
☐ Other nuclide scan , date
 result :
 Serum thyroglobulin : date result ng/ml
 Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD
 ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 Hb : g/dL, WBC : /mm³, PMN : %,
 CBC : L : %, Platelet : /mm³
 Total protein : g/dL, Albumin : g/dL, Alk phosphatase : U/L,
 Total bill : mg. Direct bill : mg. SGOT : U/L
 Blood chemistry, date SGPT : U/L Serum Cr : mg/dL , eGFR : mL/min ,
 Ca : mg/dL
 Sorafenib dose : mg.
 วันที่เบิกยา Sorafenib ครบ 4 เดือน :
 Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว อาชีววิชา 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 **