

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Sunitinib ในผู้ป่วย Gastrintestinal stromal tumor (SNT-GIST)

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 Sunitinib :

ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☐ Clinical

☐ CXR result :

☐ CT Chest

result :

☐ CT Abdomen

result :

☐ MRI abdomen

result :

☐ Ultrasound

result :

☐ Others

result :

Any plan for curative resection : ☐ Yes ☐ No

Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

Sunitinib dose : mg.

Frequency :

Planned Sunitinib 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 ****