

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenvatinib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (LVT-HCC)

Hcode 10673	สูตรติดตัว
HN	สำเนาหน้า _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____
เลขที่บัตรประชาชน _____	วันเดือนปีเกิด _____ เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
ระบบประกันสุขภาพ _____	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกค. <input type="radio"/> กสทช. <input type="radio"/> เมืองพัทยา <input type="radio"/> ผู้ตรวจการแผ่นดิน <input type="radio"/> เจ้าหน้าที่ สปสช.
Date : _____	รอบที่ : 1 IN1 ครั้งที่ : 1
Enrollment Type :	* Weight : _____ Kg * BP : _____ / _____ mmHg
Comorbid disease :	<input type="radio"/> New case <input type="radio"/> On treatment with lenvatinib, started date _____
Tissue diagnosis; date _____, By _____	<input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (specified _____)
Pathological report :	<input type="radio"/> Cytology <input type="radio"/> Histology <input type="radio"/> None
	<input type="checkbox"/> Hepatocellular carcinoma <input type="checkbox"/> Cholangiocarcinoma
	<input type="checkbox"/> Other, specify _____
	<input type="checkbox"/> CT scan, date _____, result : _____
* Radiology report :	<input type="checkbox"/> MRI scan, date _____, result : _____
	<input type="checkbox"/> Others, date _____, result : _____
* Alpha-fetoprotein : date _____	result _____ iu/ml/ml
	<input type="checkbox"/> None
	<input type="checkbox"/> Curative surgery, date (เดือน/ปี) _____
	<input type="checkbox"/> TACE, total cycles _____, date (เดือน/ปี) _____ - เดือน/ปี _____
Previous treatment :	<input type="checkbox"/> Systemic therapy, date (เดือน/ปี) _____ - เดือน/ปี _____, specify agents _____
	<input type="checkbox"/> Other locoregional therapies, date (เดือน/ปี) _____ specify _____
	<input type="radio"/> 0 are fully active, more or less as you were before your illness
* ECOG status date _____	<input type="radio"/> 1 can't carry out heavy physical work, but can do anything else
	<input type="radio"/> 2 up and about more than half the day, can look after yourself but can't work
	<input type="radio"/> 3 are in bed or a chair for more than half the day, need help to look after yourself
	<input type="radio"/> 4 are in bed or a chair all the time and need complete care
* CBC : date _____	Hb : _____ g/dL, WBC : _____ /mm ³ , PMN : _____ %, L : _____ %, platelet : _____ /mm ³
* Blood chemistry, date _____ ;	Total protein : _____ g/dL, Albumin : _____ g/dL, Alkaline phosphatase : _____ U/L
	Total bill : _____ mg, Direct bill : _____ mg, SGOT : _____ U/L, SGPT : _____ U/L
	Serum Cr : _____ mg/dL
Coagulogram date _____ :	* PT : _____ sec, PTT : _____ sec, TT : _____ sec
* Child-Pugh liver function class :	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
	<input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Soft tissue <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Adrenal gland
Site of disease / metastasis :	<input type="checkbox"/> Lymph node, specify _____
	<input type="checkbox"/> Other, specify _____
Lenvatinib dose : _____ mg/day	
	บันทึกเมื่อ _____
แพทย์ผู้วินิจฉัย _____ สาขาวิชา _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ E-mail ที่สามารถติดต่อได้ _____	
ผู้บันทึก ชื่อ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____	
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :	
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :	
<input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพ.สถานภาพของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record
<input type="checkbox"/> ผลการตรวจส่องทางรังสีวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
<input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score	
จัดส่งโดย :	
<input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mra.or.th)	

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

Upload

Drag & Drop Files