

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย High-risk advanced ovarian cancer (stage IIIB-IV) (BCZ-OVC)			
Hcode : <input type="text"/>			
HIN : <input type="text"/>		คำนำหน้า : <input type="text"/> ชื่อ : <input type="text"/> นามสกุล : <input type="text"/>	
เลขที่บัตรประชาชน : <input type="text"/>		วันเดือนปีเกิด : <input type="text"/> 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"/> กทม. <input type="radio"/> กทม.			
Weight : <input type="text"/> Kg		รอบที่ : <input type="text"/> ครั้งที่ : <input type="text"/>	
Line of treatment :		Height : <input type="text"/> cm.	
Date diagnosis of metastatic ovarian cancer : <input type="text"/>		<input type="radio"/> 1 st line treatment <input type="radio"/> 2 nd line treatment <input type="radio"/> >2 nd line treatment	
Tissue Diagnosis : date <input type="text"/>		date : <input type="text"/>	
ECOG status : date <input type="text"/>		By : <input type="checkbox"/> Cytology <input type="checkbox"/> Tissue biopsy <input type="checkbox"/> Surgical resection	
Primary disease :		Pathological report, specify : <input type="text"/>	
Previous chemotherapy		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
Adjuvant treatment :		<input type="radio"/> Ovary <input type="radio"/> Other, specify <input type="text"/>	
Metastatic treatment :		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Carboplatin <input type="checkbox"/> Paclitaxel	
		<input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Others, specify <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Carboplatin <input type="checkbox"/> Paclitaxel <input type="checkbox"/> Docetaxel	
		<input type="checkbox"/> Biologic agents, specify <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Others, specify <input type="text"/>	
LFT : date <input type="text"/>		Total protein <input type="text"/> g/dL Albumin <input type="text"/> g/dL Alk phosphatase <input type="text"/> U/L	
Creatinine : <input type="text"/> mg/dL		Total bill <input type="text"/> mg. Direct bill <input type="text"/> mg. SGOT <input type="text"/> U/L SGPT <input type="text"/> U/L	
Proteinuria :		GFR (if Cr > 1.5 mg/dL) : <input type="text"/> ml/min	
Total proteinuria (transient >= 2+) <input type="text"/> mg/day		<input type="radio"/> 1 ⁺ <input type="radio"/> 2 ⁺ <input type="radio"/> 3 ⁺ <input type="radio"/> 4 ⁺ <input type="radio"/> Negative	
Clinical brain metastatic :		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Last radiology examination, date : <input type="text"/> by : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Plain x-ray <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> CT scan	
		<input type="checkbox"/> Radionuclide scan <input type="checkbox"/> MRI	
		<input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	
Radiology report :		<input type="text"/>	
Site of measurable/evaluable disease :		<input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Lung/Pleura <input type="checkbox"/> Soft tissue	
		<input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Retroperitoneum	
		<input type="checkbox"/> Other, specify <input type="text"/>	
Planned Bevacizumab dose : <input type="text"/> mg.		every <input type="text"/> week	
Chemotherapeutic agent :		<input type="text"/>	
วันที่กรอก : <input type="text"/>			
แพทย์ผู้ส่งยา : <input type="text"/>		เบอร์โทรศัพท์ : <input type="text"/>	
แพทย์ผู้รับยา : <input type="text"/>		E-mail ที่สามารถติดต่อได้ : <input type="text"/>	
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วย :			
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :			
<input type="checkbox"/> เอกสารส่งยาตามใบสั่งยาของแพทย์ <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง			
<input type="checkbox"/> ผลการตรวจสมรรถภาพปอด <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะระยะที่ 3-4)			
จัดส่งโดย :			
<input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mra.or.th)			

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย High-risk advanced ovarian cancer (stage IIIb-IV) (BCZ-OVC)	
Home : <input type="text"/>	
HN : <input type="text"/>	คำนำหน้า <input type="text"/> ชื่อ <input type="text"/> นามสกุล <input type="text"/>
เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/>	วันเดือนปีเกิด <input type="text"/> เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
ระบบประกันสุขภาพ <input type="text"/>	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> ภาค. <input type="radio"/> อาสาช.
	เลขที่ : <input type="text"/> <input type="text"/> ต่อที่ : <input type="text"/>
First approved date : <input type="text"/>	
Date first started BEV : <input type="text"/>	
* Number cycle of chemotherapy : <input type="text"/>	last cycle date <input type="text"/>
* Number cycle of Bevacizumab : <input type="text"/>	last cycle date <input type="text"/>
LFY : date <input type="text"/>	total protein <input type="text"/> g/dL albumin <input type="text"/> g/dL alk phosphatase <input type="text"/> U/L
	total bilirubin <input type="text"/> mg. direct bilirubin <input type="text"/> mg. SGOT <input type="text"/> U/L SGPT <input type="text"/> U/L
Creatinine : <input type="text"/> mg/dL	GFR (if Cr > 1.5 mg/dL) : <input type="text"/> ml/min
Proteinuria :	<input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 4+ <input type="radio"/> Negative
Total proteinuria (ในกรณีที่มี >= 2+) : <input type="text"/> mg/day	
ECOG performance status : date <input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Evaluation date : <input type="text"/>	By : <input type="radio"/> Plain x-ray <input type="radio"/> Ultrasound <input type="radio"/> CT scan <input type="radio"/> Radionuclide scan <input type="radio"/> MRI
	<input type="radio"/> Other <input type="text"/>
Radiology report : <input type="text"/>	
Disease status :	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> None <input type="radio"/> GI perforation date : <input type="text"/> <input type="radio"/> Hemorrhage date : <input type="text"/> <input type="radio"/> Acute MI date : <input type="text"/> <input type="radio"/> Thromboembolism date : <input type="text"/> <input type="radio"/> Hypertension <input type="radio"/> Other date : <input type="text"/>
Serious AE :	
Prescribed BEV dose : <input type="text"/> mg.	
Chemotherapeutic agent : <input type="text"/>	
	บันทึกเมื่อ <input type="text"/>
แพทย์ผู้พิจารณา : <input type="text"/> เบอร์โทรติดต่อ <input type="text"/> E-mail ที่สามารถติดต่อได้ <input type="text"/> ผู้บันทึก ชื่อ <input type="text"/> เบอร์โทรติดต่อ <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้พิจารณา :	
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :	
<input type="checkbox"/> เอกสารนำฝากใบขอรับยารักษาผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> เอกสารตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด <input type="checkbox"/> ผลการตรวจสถานะทางรังสีวิทยา <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะระยะที่ 3-4 เท่านั้น) จัดส่งโดย : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> E-mail (scpe@mra.or.th)	