

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Panitumumab ในผู้ป่วย Metastatic colorectal cancer RAS-WT (PNM-CRC)

Hcode

HN ผ่านหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg Height : cm.

Enrollment type : ☐ New case ☐ On treatment with Panitumumab, started date

Line of treatment : ☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ >2nd line treatment

Date diagnosis of metastatic colorectal carcinoma : date

Tissue Diagnosis of colorectal cancer : date Site :

RAS gene testing : date Pathological report , specify :

ECOG status : date Site :

Barthel ADL score , date : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Primary disease : ☐ Colon ☐ Rectum

Adjuvant chemotherapy : ☐ None ☐ FU-LV ☐ FOLFOX ☐ XEOX

Previous chemotherapy : ☐ None ☐ FU ☐ LV ☐ Capecitabine ☐ Oxaliplatin ☐ Irinotecan

☐ Biologic agents, specify

☐ Others, specify

Last radiology examination, date : by :

☐ Plain x-ray ☐ Ultrasound ☐ CT scan

☐ Radionuclide scan ☐ MRI

☐ Other

Radiology report :

Site of measurable/evaluable disease : ☐ Bone ☐ lung / pleura ☐ soft tissue

☐ liver ☐ lymph node ☐ retroperitoneum

☐ other, specify

Planned Panitumumab dose : mg. every week

Chemotherapeutic agent :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วิจัย -เลือกแพทย์ผู้วิจัย- เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพสต.ภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
- ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวิทยา ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

- ☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาลงข้อมูลในใบรับ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Panitumumab ในผู้ป่วย Metastatic colorectal cancer RAS-WT (PNM-CRC)

Hcode			
HN	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือนปีเกิด	เพศ	ชาย หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกต. <input type="radio"/> กสทช.		
รอบที่ :		ครั้งที่ :	
First approved date :			
Date first started Panitumumab :			
Number cycle of chemotherapy : - ▼	last cycle date		
Number cycle of Panitumumab : - ▼	last cycle date		
Proteinuria :	<input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 4+ <input type="radio"/> Negative		
ECOG performance status :	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		
Barthel ADL score , date	=		
Evaluation date :	By <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		
Radiology report :			
Disease status :	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="checkbox"/> None		
Adverse event :	<input type="checkbox"/> Infusion reaction : grade : <input type="checkbox"/> Skin reaction : grade : <input type="checkbox"/> GI symptoms : grade : <input type="checkbox"/> Other : grade :		
Prescribed Panitumumab dose :	mg.		
Chemotherapeutic agent :			
			บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย -เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย- เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

- ☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาส่งข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **

