

**แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pertuzumab ในผู้ป่วย Early breast cancer (PTZ-EBC)**

Hcode  ผู้ดูแล

HN  สำเนาหน้า  ชื่อ  นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน  วันเดือนปีเกิด  เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกลด. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : 1  IN1  ครั้งที่ : 1

Weight :  Kg

☐ New case ☐ On treatment with Pertuzumab, started date

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified )

Breast; tissue diagnosis date :

by ; ☐ FNA ☐ biopsy

Result : ☐ Invasive ductal ca ☐ Other, specify

Lymph node; tissue diagnosis date :

by ; ☐ FNA ☐ biopsy

Result :

Hormone receptor : date

Estrogen receptor : ☐ Positive ☐ Negative

Progesterone receptor : ☐ Positive ☐ Negative

HER 2 receptor (IHC) : date

☐ 0-1+ ☐ 2+ ☐ 3+

HER 2 receptor (FISH/DISH) : date

☐ Positive ☐ Negative

Clinical staging :

Tumor size :  cm. N :  M :

Mammogram date :

result :

☐ CXR date ,

result :

☐ Ultrasound abdomen date ,

result :

☐ CT chest date

result :

☐ CT abdomen date ,

result :

☐ Bone scan date ,

result :

☐ Other, specify  date ,

result :

\* Planned chemotherapeutic regimen :

☐ AC x 4 >>> Pertuzumab+Trastuzumab +Taxane >>> Surgery

AC started date :

☐ Pertuzumab+Trastuzumab+Docetaxel x 4 >>> Surgery

Planned Pertuzumab, starting : date

☐ Pertuzumab loading dose :  mg.

☐ Pertuzumab maintenance dose :  mg.

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย  สาขาวิชา  เบอร์โทรศัพท์  E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสุขภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

จัดส่งโดย:

☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

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