

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pertuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PTZ-MBC)

Hcode 10673 ผู้ตรวจคัดกรอง  
HN  คำนามหน้า  ชื่อ  นามสกุล   
เลขที่บัตรประชาชน  วันเดือนปีเกิด  เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : 1 IN1 ครั้งที่ : 1

Weight :  Kg

☐ New case ☐ On treatment with Pertuzumab, started date

Comorbid disease :

Tissue diagnosis date :

Hormone receptor :

HER 2 receptor (IHC) :

HER 2 receptor (FISH) :

**Metastatic breast cancer; diagnosis date :**

Previous treatment of adjuvant setting;

Adjuvant chemradio therapy :

Adjuvant trastuzumab :

Adjuvant hormonal therapy :

Previous treatment of metastatic breast cancer

Chemradio therapy in metastatic disease :

Hormonal therapy in metastatic disease :

**Pretreatment evaluation ;**

ECOG status :

**Laboratory examination ;**

CBC; date :

Blood chemistry; date :

LVEF study (every 6 mo.); date :  , result :  %

**Radiology study :**

Site of measurable/evaluable disease;

☐ Pertuzumab loading dose :  mg.

☐ Pertuzumab maintenance dose :  mg.

date :

☐ None ☐ Yes (specified )

☐ Invasive ductal ca ☐ radio other, specify

Estrogen receptor : ☐ Positive ☐ Negative

Progesterone receptor : ☐ Positive ☐ Negative

☐ 0-1+ ☐ 2+ ☐ 3+

☐ Positive ☐ Negative

☐ No ☐ Yes

☐ No ☐ Yes, last dose trastuzumab date

☐ last date

☐ No ☐ Yes, specify

☐ No ☐ Yes, specify

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Hb :  gm/dL, WBC :  /mCL, PMN :  %,

Lymph :  %, Plt :  /mCL

Albumin :  g/dL, ALT :  U/L, AST :  U/L

Alk phos :  U/L, Total bili :  mg/dL

Direct bili :  mg/dL, Creatinine :  mg/dL

☐ CXR date  ,

result :

☐ Ultrasound abdomen date  ,

result :

☐ CT/MRI chest, date  ,

result :

☐ CT/MRI abdomen date  ,

result :

☐ Radionuclide scan date  ,

result :

☐ radio other, specify  date  ,

result :

☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver

☐ Bone ☐ Brain ☐ radio other, specify

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย  สาขาวิชา  เบอร์โทรศัพท์  E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

จัดส่งโดย:

☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

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