

แบบบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย Renal cell carcinoma (PZP-RCC)

Hcode

HN สำเนาหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กทม. ☐ อื่นๆ

Weight : Kg.

Height : cm. Blood pressure /

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

First diagnosis of RCC : date

Tissue diagnosis date site :

Pathology report of RCC : ☐ Clear cell ☐ Papillary ☐ Other (specify)

Enrollment type : ☐ New case ☐ Previously treated with pazopanib, since date

☐ None ☐ Surgery ☐ Nephrectomy ☐ Metastasectomy, site

Previous treatment of RCC : ☐ Chemotherapy / biologic therapy, specify agent

☐ Radiation therapy : site

ECOG status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

LFT : date

total protein : g/dL albumin : g/dL alk phosphatase : U/L

Total bill : mg. direct bill : mg. SGOT : U/L SGPT : U/L

Proteinuria : ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ negative

☐ CXR result :

☐ CT Chest result :

☐ CT abdomen result :

Radiologic examination : ☐ MRI abdomen result :

☐ Ultrasound result :

☐ Others result :

Site of measurable/evaluable disease : ☐ None ☐ Soft tissue ☐ Kidney ☐ Lymph node ☐ Lung ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain

☐ Other, specify

Pazopanib dose : mg/day

วันที่กรอก

แพทย์ผู้วินิจฉัย นีติกรแพทย์ผู้วินิจฉัย เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารแพทย์ในเวชระเบียนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเขต

☐ ผลการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน)

ติดต่อโดย :

☐ E-mail (ocpa@nra.or.th)

** กรุณาส่งข้อมูลให้ครบ พร้อม ส่งข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อการนำเข้าในระบบลงทะเบียน **

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย Renal cell carcinoma (PZP-RCC)

Hcode

HIN

เลขที่บัตรประชาชน

รายนามประจำถิ่นสุขภาพ

ตำแหน่ง ชื่อ นามสกุล

วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ กองการปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กพร. ☐ กกล. ☐ อสทพ.

รอนที่ :

First approved date :

Last examination date : Weight : Kg. Blood pressure /

ECCO status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☐ Clinical

☐ CXR result :

☐ CT Chest

result :

☐ CT abdomen

result :

☐ MRI abdomen

result :

result :

☐ Ultrasound

result :

☐ Others

result :

Disease status :

Pazopanib dose : mg/day

☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

วันที่เกิด

แพทย์ผู้วินิจฉัย - แพทย์ทางคลินิก เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการขอต่ออายุ :

☐ เอกสารพยานในเวชระเบียนรูปถ่ายของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจส่งทางห้องปฏิบัติการ ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีผู้ป่วยสูงอายุ)

จัดส่งโดย :

☐ E-mail (ocpa@nra.or.th)

** กรุณาส่งข้อมูลไปยัง นร. ไร่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **