

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย
Metastatic or Inoperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma (PZP-STIS)

Hcode : <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
ระบบประสาทส่วนกลาง	<input type="radio"/> สรีระการรักษาราก <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กทม.
Weight : <input type="text"/> Kg.	รพช. : <input type="text"/> รพ. : <input type="text"/>
Comorbid disease :	Height : <input type="text"/> cm. Blood pressure <input type="text"/> / <input type="text"/>
First diagnosis of STS :	<input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (specified <input type="text"/>)
Primary site of tumor :	date <input type="text"/>
Pathology report of STS :	site <input type="text"/>
Enrollment type :	specify <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 1 st line <input type="radio"/> 2 nd line <input type="radio"/> >2 nd line
	<input type="radio"/> None
	<input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Previous treatment of STS :	specify agent : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Previously treated with pazopanib, since <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Surgery : site and procedure <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Radiation therapy : site <input type="text"/>
ECOG 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
Blood chemistry : date <input type="text"/>	BUN : <input type="text"/> mg/dL Cr : <input type="text"/> mg/dL Total protein : <input type="text"/> g/dL
	Albumin : <input type="text"/> g/dL Alk phosphatase : <input type="text"/> U/L Total bill : <input type="text"/> mg.
Proteinuria : date <input type="text"/>	Direct bill : <input type="text"/> mg. SGOT : <input type="text"/> U/L SGPT : <input type="text"/> U/L
	<input type="radio"/> 1 ⁺ <input type="radio"/> 2 ⁺ <input type="radio"/> 3 ⁺ <input type="radio"/> 4 ⁺ <input type="radio"/> negative
	<input type="checkbox"/> CXR <input type="text"/> result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> CT Chest <input type="text"/>
	result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> CT abdomen <input type="text"/>
	result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> MRI abdomen <input type="text"/>
	result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="text"/>
	result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Clinical examinations
	result : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Others
	result : <input type="text"/>
Pazopanib dose : <input type="text"/> mg/day	
	วันที่เกิดผล <input type="text"/>

แพทย์ผู้ส่งยา : แพทย์ผู้รับยา : E-mail :

ผู้บันทึก : วันที่บันทึก :

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วย :

เอกสารจัดส่งยาขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา :

☐ เอกสารส่งยาในเวชระเบียนผู้ป่วยสถานพยาบาลของรัฐ ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ เอกสารส่งยาจากโรงพยาบาลผู้ให้บริการยา

☐ เอกสารส่งยาจากโรงพยาบาลผู้ให้บริการ ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีส่งยาในผู้ป่วย)

จัดส่งโดย :

☐ E-mail (ocpa@msr.or.th)

** กรุณาแนบใบส่งยา หรือ ใบส่งยาขึ้นทะเบียน "ส่งยาขึ้นทะเบียนจากผู้ป่วย" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการจัดส่งยา **

**แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย
Metastatic or Inoperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma (PZP-STs)**

Hcode

HN ฝ่ายหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☒สวัสดิการข้าราชการ ☐ กองการปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กวอ. ☐ กทม. ☐ อื่นๆ

รวมที่ : : คงที่ :

First approved date :

Last examination date : Weight : Kg. Blood pressure /

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

BUN : mg/dL Cr : mg/dL Total protein : g/dL

Blood chemistry : date Albumin : g/dL Alk phosphatase : U/L Total bill : mg.

Direct bill : mg. SGOT : U/L SGPT : U/L

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

☐ Clinical

☐ CXR result :

☐ CT Chest

result :

☐ CT abdomen

result :

☐ MRI abdomen

result :

☐ Ultrasound

result :

☐ Others

result :

Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

Pazopanib dose : mg/day

ผู้เขียนชื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย: เบอร์โทรศัพท์: E-mail ที่สามารถติดต่อได้:

ผู้บันทึก ชื่อ: เบอร์โทรศัพท์:

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง :

- เอกสารทางการแพทย์ในเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์อื่นๆ ☐ สามารถเชื่อมโยง clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐
ผลการตรวจผลทางรังสีวิทยาอื่น ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน) ☐

Game Time:

- E-mail: dooms@imr.uor.br

[illegible]