

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Follicular lymphoma (RTX-FCL)			
Hcode 23456	ทดสอบ รพ.2	คำนำหน้า นาย	ชื่อ RTX
HN 111111115		วันเดือนปีเกิด 05/01/2528	เพศ ชาย หญิง
เลขที่บัตรประชาชน 111111111115		ระบบประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายนอก ภาค กสทช.
Weight : Kg.		รอบที่ 1 IN1 ครั้งที่ 1	
Diagnosis :		Height : cm. BSA : m2	
Line of treatment :		date	
<input type="checkbox"/> 1 st Relapsed from previous Rituximab		<input type="radio"/> 1 st line treatment <input type="radio"/> 2 nd line treatment <input type="radio"/> >2 nd line treatment	
<input type="checkbox"/> 2 nd Relapsed from previous Rituximab		() - ()	
ECOG Status :		() - ()	
Tissue diagnosis : date		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
Pathological report : date		site : ()	
CD 20 by IHC staining :		grade : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3a <input type="radio"/> 3b	
Ann Arbor staging :		<input type="radio"/> Positive () % <input type="radio"/> Negative	
B symptoms :		<input type="radio"/> I <input type="radio"/> IE <input type="radio"/> II <input type="radio"/> IIE <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIE <input type="radio"/> IV	
Laboratory test :		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
		<input type="checkbox"/> CBC ()	
		<input type="checkbox"/> LDH () result : ()	
		<input type="checkbox"/> HBs Ag () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative	
		<input type="checkbox"/> HIV () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative	
		<input type="checkbox"/> CT chest ()	
		<input type="checkbox"/> CT abdomen ()	
		<input type="checkbox"/> Bone marrow exam () result : ()	
Rituximab dose ; total () mg.		every () week <input type="radio"/> Intravenous <input type="radio"/> Subcutaneous	
Chemotherapy :		specify agents ()	
			บันทึกเมื่อ ()
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ร ()	ชื่อ ()	เบอร์โทรศัพท์ ()	E-mail ()
ผู้บันทึก ชื่อ ()	เบอร์โทรศัพท์ ()	E-mail ()	
<div> <div>ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :</div> <div></div> </div>			
<div>เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :</div> <div> <input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพ.สถานภาพของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด </div> <div> <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางรังสีวิทยา <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่) </div> <div> <div>จัดส่งโดย:</div> <div> <input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mra.or.th) </div> </div>			

RTX-FCL [ข้อต่ออายุการใช้จ่าย]

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Follicular lymphoma (RTX-FCL)			
Hcode 23456	ทดสอบ รพ.2		
HN 111111115	สำเนาหน้า นาย	ชื่อ RTX	นามสกุล FCL
เลขที่บัตรประชาชน 111111111115	วันเดือนปีเกิด 05/01/2528	เพศ <input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
ระบบประกันสุขภาพ	<input checked="" type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกด. <input type="radio"/> กสทช.		
รอบที่ : 1		RE101	ครั้งที่ : 1
First approved date :			
Date started Rituximab :			
Number of cycles chemotherapy : - ▾	last cycle date		
Number of cycles rituximab : - ▾	last cycle date		
Number cycle of rituximab maintenance :	last cycle date		
Evaluation date : by :	<input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Radiologic exam , date <input type="checkbox"/> BM exam date result :		
Clinical response :	<input checked="" type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		
ECOG status :	every week <input type="radio"/> Intravenous <input checked="" type="radio"/> Subcutaneous		
Rituximab dose , total mg.			
Chemotherapy : specify agents			
บันทึกเมื่อ			
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข	ชื่อ	เบอร์โทรศัพท์	E-mail
ผู้บันทึก ชื่อ	เบอร์โทรศัพท์	E-mail	
<div> <div>ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :</div> <div></div> </div>			
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :			
<input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด <input type="checkbox"/> ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)			
จัดส่งโดย:			
<input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mra.or.th)			