

RUX-PMF [ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา]

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ruxolitinib ในผู้ป่วย Myelofibrosis (RUX-PMF)	
Hcode <input type="text"/>	ชื่อโรงพยาบาล <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"/> mm/dd/yyyy เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
ระบบประกันสุขภาพ <input type="radio"/>	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> อื่นๆ <input type="text"/>
Weight : <input type="text"/> Kg.	Height : <input type="text"/> Cm.
Diagnosis date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	<input type="radio"/> Primary myelofibrosis <input type="radio"/> Post-PV myelofibrosis <input type="radio"/> Post-ET myelofibrosis <input type="radio"/> New case <input type="radio"/> Currently on Ruxolitinib, since date <input type="text"/> mm/dd/yyyy <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hydroxyurea, month <input type="text"/> / <input type="text"/> to month <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Other chemotherapeutic agents, specify <input type="text"/>
Enrollment Type :	
Previous chemotherapy treatment :	
ECOG status	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="checkbox"/> Weight loss >10% of the baseline value in the year preceding PMF diagnosis <input type="checkbox"/> Unexplained fever <input type="checkbox"/> Excessive sweats persisting for more than one month
Constitutional symptoms :	
Spleen size, exam date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	<input type="text"/> cm below mid left costal margin
CBC : date <input type="text"/> mm/dd/yyyy	Hb : <input type="text"/> g/dL, WBC : <input type="text"/> /mm ³ , Plt : <input type="text"/> /mm ³ PMN : <input type="text"/> %, Ly : <input type="text"/> %, Blast : <input type="text"/> %, Other <input type="text"/>
Blood chemistry, date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	LDH : <input type="text"/> , Total protein : <input type="text"/> g/dL, Albumin : <input type="text"/> g/dL ALT : <input type="text"/> U/L, AST : <input type="text"/> U/L
* BM study : date <input type="text"/> mm/dd/yyyy	<input type="checkbox"/> Aspiration (result <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> Biopsy, date <input type="text"/> mm/dd/yyyy (result <input type="text"/>) <input type="radio"/> Not done <input type="radio"/> Done, date <input type="text"/> mm/dd/yyyy (result <input type="text"/>)
Cytogenetic study :	
JAK2 mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
CALR mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
MPL mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
Other gene mutations,	(specify <input type="text"/>)
Total IPSS score, date <input type="text"/> mm/dd/yyyy	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Ruxolitinib (mg) :	Total : <input type="text"/> mg/day
บันทึกเมื่อ <input type="text"/> mm/dd/yyyy	
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว <input type="text"/>	ชื่อ <input type="text"/> เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>
ผู้บันทึก ชื่อ <input type="text"/>	เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา : <input type="text"/>	
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :	
<input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสุขภาพของผู้ป่วย <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)	
** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **	

RUX-PMF [ขอต่ออายุการใช้ยา]

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Ruxolitinib ในผู้ป่วย Myelofibrosis (RUX-PMF)	
Hcode <input type="text"/>	ชื่อโรงพยาบาล <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"/> mm/dd/yyyy เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
ระบบประกันสุขภาพ <input type="text"/>	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทณ. <input type="radio"/> อื่นๆ <input type="text"/>
First approved date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	
Date started Ruxolitinib : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	
Evaluation date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	Weight : <input type="text"/> kg.
ECOG Status : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Weight loss : <input type="radio"/> Improve <input type="radio"/> Not improve
Constitutional symptoms :	Fever : <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
	Night sweats : <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Spleen size, exam date : <input type="text"/> mm/dd/yyyy	<input type="text"/> cm below mid left costal margin
CBC : date <input type="text"/> mm/dd/yyyy	Hb : <input type="text"/> g/dL, WBC : <input type="text"/> /mm ³ , Plt : <input type="text"/> /mm ³
	PMN : <input type="text"/> %, Ly : <input type="text"/> %, Blast : <input type="text"/> %, Other <input type="text"/>
Blood chemistry :	LDH : <input type="text"/> , Total protein : <input type="text"/> g/dL, Albumin : <input type="text"/> g/dL
	ALT : <input type="text"/> U/L, AST : <input type="text"/> U/L
Cytogenetic study : date, <input type="text"/> mm/dd/yyyy	(กรณีที่ยังไม่ได้ส่งข้อมูลในการลงทะเบียนครั้งแรก) <input type="radio"/> Not done <input type="radio"/> Done, (result <input type="text"/>)
JAK2 mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
CALR mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
MPL mutation :	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Not done
Other gene mutation,	specify <input type="text"/>
Ruxolitinib (mg) :	Total : <input type="text"/> mg/day
บันทึกเมื่อ <input type="text"/> mm/dd/yyyy	
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว <input type="text"/> ชื่อ <input type="text"/> เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>	
ผู้บันทึก ชื่อ <input type="text"/> เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>	
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา : <input type="text"/>	
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :	
<input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย <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)	
** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **	