

แบบติดตามการใช้ยา Trastuzumab ทุก 1 ปี เป็นเวลา 10 ปี

ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

(ส่งแบบกำกับ ล่วงหน้าทุกครั้ง ก่อนการส่งยา)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ .10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ดตยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา ☐ อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา☐ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ☐ อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ____ เดือน

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ข้อมูลทางคลินิก

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____/____/____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. กรณีที่ได้รับการตรวจต่อเนื่อง

1.1 ผู้ป่วยมารับบริการครั้งสุดท้าย วันที่ ____/____/____

1.2 ประเมินสภาวะโรคระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยครั้งสุดท้ายวันที่ ____/____/____

☐ disease free ☐ relapsed disease วันที่ ____/____/____

2. กรณีไม่มีการติดต่อกับทางโรงพยาบาล

☐ ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับทางโรงพยาบาลโดยไม่ทราบสาเหตุ☐ ส่งต่อยังสถานพยาบาลอื่น พร้อมเอกสารแนะนำการติดตามผลการรักษาและการเฝ้าระวังการกลับเป็นโรคซ้ำ

รพ.ที่ส่งต่อ ระบุ _____

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

1.แพทย์ผู้ส่งยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่คล้งยา ชั้น 5 โทร 1128

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....