

แบบบันทึกข้อมูลยกเลิกใช้ยา Trastuzumab

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ .10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ตติยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา ☐ อายุศาสตร์มะเร็งวิทยา☐ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ☐ อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี _____ เดือน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ข้อมูลทางคลินิก

1. ได้รับยาครั้งสุดท้ายเมื่อ วันที่ ____/____/____
2. เหตุผลของการหยุดยา
 - ☐ ผู้ป่วยได้รับยา Trastuzumab ครบตามแผนการรักษา
 - ☐ ผู้ป่วยขาดการติดต่อ
 - ☐ มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure
 - ☐ มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%)
 - ☐ ต้องหยุดยานานเกิน 8 สัปดาห์
 - ☐ อื่น ๆ ระบุ _____
3. ประเมินสถานะโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยครั้งล่าสุดวันที่ ____/____/____
 - ☐ disease free ☐ relapsed disease วันที่ ____/____/____

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่คลังยา ชั้น 5 โทร 1128

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....