



แบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็งก่อนให้การรักษา (สำหรับหน่วยบริการ)

วัน เดือน ปี ที่ให้การรักษา.....

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....

โรงพยาบาล.....Hospital Code.....จังหวัด.....

การวินิจฉัย.....

TNM Classification

Primary Tumor (T)		Regional lymph Nodes(N)		Distant Metastasis (M)	
Tx	<input type="checkbox"/>	NX	<input type="checkbox"/>	MX	<input type="checkbox"/>
To	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MO	<input type="checkbox"/>
Tis	<input type="checkbox"/>	N1	<input type="checkbox"/>	MI	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	N2	<input type="checkbox"/>		
T2	<input type="checkbox"/>	N3	<input type="checkbox"/>		
T3	<input type="checkbox"/>				
T4	<input type="checkbox"/>				
Staging (S)		Histologic Grade (G)		WHO Type	
Stage 0	<input type="checkbox"/>	GX	<input type="checkbox"/>	(Naso pharyngeal)	
Stage I	<input type="checkbox"/>	G1	<input type="checkbox"/>	WHO Type I	<input type="checkbox"/>
Stage II	<input type="checkbox"/>	G2	<input type="checkbox"/>	WHO Type II	<input type="checkbox"/>
Stage III	<input type="checkbox"/>	G3	<input type="checkbox"/>	WHO Type III	<input type="checkbox"/>
Stage IV	<input type="checkbox"/>	G4	<input type="checkbox"/>		
Child – Pugh Classification			ECOG PERFORMANCE STATUS		
A	<input type="checkbox"/>	Grade 0		<input type="checkbox"/>	
B	<input type="checkbox"/>	Grade 1		<input type="checkbox"/>	
C	<input type="checkbox"/>	Grade 2		<input type="checkbox"/>	
		Grade 3		<input type="checkbox"/>	
		Grade 4		<input type="checkbox"/>	
		Grade 5		<input type="checkbox"/>	

Other : Karnofsky Scales.....

: Bismuth_Corlette Classification type.....

:

..... (ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา)