

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (ABT-CRPC)

Hcode 10673 อุดรดิตถ์
HN _____
เลขที่บัตรประชาชน _____
ระบบประกันสุขภาพ _____
รอนท์ : 1 IN1 ครั้งที่ : 1

Weight : _____ Kg

Comorbid disease :

First diagnosis of metastatic prostate cancer :

Enrollment type :

Previous treatment

* Antiandrogen therapy :

* GnRH :

* Chemotherapy :

* Enzalutamide :

Others : specify _____

* Orchiectomy status :

Pathological report : date _____

ECOG Status : date _____

Last PSA: date _____ ng/ml Previous PSA: date _____ ng/ml

Site of metastatic disease :

Abiraterone dose : _____ mg.

Abiraterone : dose _____ mg/day

☐ None ☐ Yes (specified _____)

☐ New case

☐ Previously treated with Abiraterone, since date _____

☐ No

☐ Yes, specify _____ date _____ - _____

☐ No

☐ Yes, specify _____ date _____ - _____

☐ No

☐ Yes, specify _____ date _____ - _____

☐ No ☐ Yes, date _____ - _____

date _____ - _____

☐ Yes, date _____ ☐ No

☐ Adenocarcinoma ☐ Other (spec _____)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☐ Bone, specify site(s) _____

☐ Lung ☐ Liver ☐ Prostate ☐ Brain ☐ Lymph node

☐ Other, specify _____

Frequency : _____

บันทึกเมื่อ _____

แพทย์ผู้วินิจฉัย _____ สาขาวิชา _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ E-mail ที่สามารถติดต่อได้ _____

ผู้บันทึก ชื่อ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

จัดส่งโดย:

☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาลงข้อมูลในกรอบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **

Upload

Drag & Drop Files