

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ceritinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (CRT-NSL)

Hcode	<input type="text"/>		
HM	ศัลยาแพทย์ <input type="text"/>	ชื่อ <input type="text"/>	นายสกุล <input type="text"/>
เลขที่บัตรประชาชน	<input type="text"/>		
ระบบประกันสุขภาพ	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกค. <input type="radio"/> กสทช.		
Weight : <input type="text"/> Kg	รวมที่ : <input type="text"/>	ครั้งที่ : <input type="text"/>	Height : <input type="text"/> cm.
Comorbid disease :	<input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (specified <input type="text"/> )		
Tissue diagnosis : date <input type="text"/>	By <input type="radio"/> Cytology <input type="radio"/> Histology		
Pathological report :	<input type="radio"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Squamous cell ca <input type="checkbox"/> Large cell ca <input type="checkbox"/> NOS		
Biomarkers testing :	<input type="radio"/> EGFR testing date : <input type="text"/> result : <input type="text"/>		
	<input type="radio"/> ALK rearrangement date : <input type="text"/> result : <input type="text"/>		
	<input type="radio"/> Uncommons mutation <input type="text"/> <input type="radio"/> Other date : <input type="text"/> result : <input type="text"/>		
Enrollment type :	<input type="radio"/> New case <input type="radio"/> Previously treated with ceritinib, since date <input type="text"/>		
Line of treatment :	<input type="radio"/> 1 <sup>st</sup> line treatment <input type="radio"/> 2 <sup>nd</sup> line treatment <input type="radio"/> 3 <sup>rd</sup> line treatment		
Previous therapy :	1 <sup>st</sup> line treatment, specify <input type="text"/> month <input type="text"/> - month <input type="text"/>		
	2 <sup>nd</sup> line treatment, specify <input type="text"/> month <input type="text"/> - month <input type="text"/>		
Clinical staging :	T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/>		
ECOG status : date <input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		
Radiologic exam : date <input type="text"/>	By <input type="checkbox"/> plain x-ray <input type="checkbox"/> CT scan <input type="checkbox"/> U/S <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Radionuclide scan <input type="checkbox"/> PET/CT		
Site of disease/metastasis :	<input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Soft tissue <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Adrenal gland		
	<input type="checkbox"/> Lymph node, specify <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Other, specify <input type="text"/>		
Planned Ceritinib-dose :	<input type="radio"/> 150 mg/day <input type="radio"/> 300 mg/day <input type="radio"/> 450 mg/day		
	วันพักเมื่อ <input type="text"/>		
แพทย์ผู้วินิจฉัย	แพทย์ที่ปรึกษา <input type="text"/>		
ผู้บันทึก ชื่อ <input type="text"/>	เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/> E-mail ที่สามารถติดต่อได้ <input type="text"/>		
	เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/>		
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วย :	<input type="text"/>		
เอกสารส่งส่งพร้อมใบการขอขึ้นทะเบียน :	<input type="checkbox"/> เอกสารแพทย์ในเวชระเบียนของสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลแล็บ		
	<input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางรังสีวิทยา <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีส่งค่าได้โดย)		
จัดส่งโดย:	<input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@nra.or.th)		

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Ceritinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (CRT-NSL)

Hcode:

HN:  คำนำหน้า:  ชื่อ:  นามสกุล:

เลขบัตรประชาชน:  วันเดือนปีเกิด:  เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ: ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐กทม. ☐ภาค. ☐ภสพช.

รอบที่:  ครั้งที่:

First approved date:

Date first started Ceritinib:

Evaluation: date:  by: ☐ clinical ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Other:

Radiology report: date:

Disease status: ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

ECOG status:  ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Planned Ceritinib dose: ☐ 150 mg/day ☐ 300 mg/day ☐ 450 mg/day

บันทึกเมื่อ:

แพทย์ผู้วินิจฉัย:  -เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย- เบอร์โทรศัพท์:  E-mail ที่สามารถติดต่อได้:

ผู้บันทึก ชื่อ:  เบอร์โทรศัพท์:

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา:

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน:

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเขต

☐ ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะระงับยาให้หยุด)

จัดส่งโดย:

☐ E-mail (ocps@nra.or.th)

\*\* กรุณาส่งข้อมูลไปตรง หรือ ใส่ข้อมูลทั้งหมดใน "ช่องข้อมูลทั้งหมดจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการลงทะเบียน \*\*