

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Enzalutamide ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (EZM-CRPC)			
Hicode : <input type="text"/>			
HN : <input type="text"/>	คำนำหน้า : <input type="text"/>	ชื่อ : <input type="text"/>	นามสกุล : <input type="text"/>
เลขที่บัตรประชาชน : <input type="text"/>	วันเดือนปีเกิด : <input type="text"/>	เพศ : <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
ระบบประกันสุขภาพ : <input type="text"/>	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> กองการปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> ภาค. <input type="radio"/> กสทช.		
Weight : <input type="text"/> Kg	Height : <input type="text"/> cm.		
Comorbid disease :	<input type="radio"/> None <input type="radio"/> Yes (specified <input type="text"/>)		
First diagnosis of metastatic prostate cancer :	date <input type="text"/>		
Enrollment type :	<input type="radio"/> New case <input type="radio"/> Previously treated with Enzalutamide, since date <input type="text"/>		
Previous treatment			
*Antiandrogen therapy :	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, specify <input type="text"/> date <input type="text"/> - <input type="text"/>		
*GnRH :	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, specify <input type="text"/> date <input type="text"/> - <input type="text"/>		
*Chemotherapy :	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, specify <input type="text"/> date <input type="text"/> - <input type="text"/>		
*Abiraterone :	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, date <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Others : specify <input type="text"/>	date <input type="text"/> - <input type="text"/>		
*Orchiectomy status :	<input type="radio"/> Yes, date <input type="text"/> <input type="radio"/> No		
Pathological report : date <input type="text"/>	<input type="radio"/> Adenocarcinoma <input type="radio"/> Other (spec <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		
Last PSA date <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml	Previous PSA date <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml		
Site of metastatic disease :	<input type="radio"/> Bone, specify site(s) <input type="text"/> <input type="radio"/> Lung <input type="radio"/> Liver <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Brain <input type="radio"/> Lymph node <input type="radio"/> Other, specify <input type="text"/>		
Enzalutamide : dose <input type="text"/> mg/day	วันที่กินเมื่อ <input type="text"/>		
แพทย์ผู้วินิจฉัย : <input type="text"/> เบอร์โทรศัพท์ : <input type="text"/> E-mail ที่สามารถติดต่อได้ : <input type="text"/>			
ผู้บันทึก ชื่อ : <input type="text"/> เบอร์โทรศัพท์ : <input type="text"/>			
ชื่อผู้ดูแลเพิ่มเติมจากผู้ป่วย : <input type="text"/>			
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการขอขึ้นทะเบียน : <input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของสถานพยาบาลของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่ขอผล <input type="checkbox"/> ผลการตรวจสมรรถภาพทางหัวใจปอด <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีส่งยาไปกินอยู่)			
จัดส่งโดย : <input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mnsc.or.th)			
** การนำเอกสารขอใบพิจารณา หรือ ใบส่งผลการพิจารณาไป "ส่งข้อมูลเพื่อประเมินจากสำนักงาน" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **			

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Enzalutamide ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (EZM-CRPC)

Hcode
 HN

คำนามหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ ภาค. ☐ กสทช.
 รอนที่ : ครรภ์ :

First approved date :
 Date first started Enzalutamide :
 Evaluation : date by ☐ Clinical ☐ Plain x-ray ☐ U/S ☐ CT scan ☐ Radionuclide scan ☐ MRI ☐ Other
 Radiology report : date result :
 PSA : date
 Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD
 ECOG Status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย -เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย- เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้
 ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ
 ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :
 เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :
☐ เอกสารหน้าปกใบระบับแจ้งขอเบิกจ่ายยาของผู้นับถือ ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอยทางห้องปฏิบัติการ ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score: (เฉพาะกรณีส่งใส่โพย)
 จัดส่งโดย:
☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาส่งข้อมูลใบสมัคร หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ข้อมูลผู้ลงทะเบียนเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนนำเอกสารส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **