

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (IMT-CML)

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (IMT-CML)

Hcode 23456 ทดสอบ รพ.2

HN 111111111

คำนำหน้า นายนาย ชื่อ IMT นามสกุล CML

เลขที่บัตรประชาชน 1111111111111

วันเดือนปีเกิด 05/01/2526 เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ

☒ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กอ.ม. ☐ กสทช.

รอบที่ : 1 RE101 ครั้งที่ : 1

First approved date

Date started Imatinib

Evaluation date

ECOG Status :

Weight : kg. Height : cm. BSA : m2

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Hb : gm% WBC : /mm³ Plt : /mm³

CBC : date

PMN : % L : % other : %

BM study :

☐ Aspiration date

result :

☐ Biopsy date

result :

☐ Not done

Hematologic response :

☐ Complete ☐ Partial ☐ Not response

Chromosome study :

☐ Done , date ☐ not done

Result : จำนวน metaphase ที่นับ

จำนวน Ph chromosome ที่พบ

Cytogenetic response :

☐ CCyR ☐ PCyR ☐ Not response

Molecular study by RQ-PCR :

☐ Done , date ☐ not done

Result : %BCR-ABL mRNA/ABL IS⁺

Molecular response :

☐ MR3 ☐ MR4 ☐ MR4.5 ☐ Not detected

Daily dose Imatinib (mg) :

☐ 200 ☐ 300 ☐ 400 ☐ 500 ☐ 600 ☐ 800

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพ.ของแพทย์ ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)