

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Gastrintestinal stromal tumor (IMT-GIST)

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Gastrtointestinal stromal tumor (IMT-GIST)

Hcode	23456	ทดสอบ รพ.2
HN	111111119	คำนามหน้า นาย ชื่อ IMT นามสกุล GIST
เลขที่บัตรประชาชน	1111111111119	วันเดือนปีเกิด 21/01/2507 เพศ <input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	<input checked="" type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกต. <input type="radio"/> กสทช.	
รอบที่ : 1 RE101 ครั้งที่ : 1		
First approved date :	<input type="text"/>	
Date first started Imatinib :	<input type="text"/>	
ECOG status :	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
Evaluation date : <input type="text"/> by :	<input type="checkbox"/> Clinical <input type="checkbox"/> Plain x-ray <input type="checkbox"/> U/s <input type="checkbox"/> CT scan <input type="checkbox"/> Radionuclide scan <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Other, <input type="text"/>	
Radiology report :	<input type="text"/>	
Any plan for curative resection :	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Disease status :	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD	
Planned Imatinib dose : <input type="text"/> mg/day		
บันทึกเมื่อ <input type="text"/>		
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว <input type="text"/>	ชื่อ <input type="text"/>	เบอร์โทรติดต่อ <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>
ผู้บันทึก ชื่อ <input type="text"/>	เบอร์โทรติดต่อ <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :		
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : <input type="checkbox"/> เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพสถานภาพของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน clinical record <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด <input type="checkbox"/> ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย <input type="checkbox"/> แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะกรณีส่งใส่ท่อ)		
จัดส่งโดย: <input type="checkbox"/> E-mail (ocpa@mra.or.th)		