

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone 250 mg ในผู้ป่วย M1 and M0 Castration resistant prostate cancer (A250-CRPC)

Hcode

HN

สำเนาหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ

สวัสดิการข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา ผู้ตรวจการแผ่นดิน เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : IN ครั้งที่ :

Weight : Kg

Comorbid disease :

None Yes (specified)

First diagnosis of metastatic prostate cancer :

date

Enrollment type :

New case
 Previously treated with Abiraterone 250 mg/d, since date

Previous treatment

*Antiandrogen therapy :

No
 Yes, specify date -

*GnRH :

No
 Yes, specify date -

*Chemotherapy :

No
 Yes, specify date -

* Inhibitors of the androgen receptor pathway (IARP),

No
 Yes, specify date -

*Orchiectomy status :

Yes, date No

Pathological report : date

Adenocarcinoma Other (spec)

ECOG Status : date

0 1 2 3 4

Disease status :

M1 disease; Last PSA (date) ng/ml, Previous PSA (date) ng/ml

Bone, specify site(s)

Site of metastatic disease :

Lung Liver Prostate Brain Lymph node

Other, specify

M0 disease; Last PSA (date) ng/ml, Previous PSA (date) ng/ml

Bone scan (date), result

CT abdomen (date), result

ข้อมูลแบบสอบถาม EQ5D จะลง หรือไม่ลงก็ได้

ผลแบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ5D วันที่

การเคลื่อนไหว (1-5)

การดูแลตนเอง (1-5)

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยในวันที่ประเมิน (0-100) (100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด)

Abiraterone dose : mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสุขภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

จัดส่งโดย:

E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **

Upload

Drag & Drop Files