

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (ABT-CRPC)

Hcode:

HN:

เลขที่บัตรประชาชน:

ระบบประกันสุขภาพ: สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช.

สำเนาหน้า: ชื่อ: นามสกุล:

วันเดือนปีเกิด: เพศ: ชาย หญิง

Weight: Kg

Comorbid disease:

First diagnosis of metastatic prostate cancer: date

Enrollment type: New case Previously treated with Abiraterone, since date

Previous treatment

*Antiandrogen therapy: No Yes, specify date -

*GnRH: No Yes, specify date -

*Chemotherapy: No Yes, specify date -

*Enzalutamide: No Yes, date -

Others: specify date -

*Orchiectomy status: Yes, date No

Pathological report: date

ECOG Status: date 0 1 2 3 4

Last PSA: date ng/ml Previous PSA: date ng/ml

Site of metastatic disease: Bone, specify site(s) Lung Liver Prostate Brain Lymph node Other, specify

Abiraterone: dose mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย - เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย: เบอร์โทรติดต่อ: E-mail ที่สามารถติดต่อได้:

ผู้บันทึก ชื่อ: เบอร์โทรติดต่อ:

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา:

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน: เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนหรือผลสถานะภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย: E-mail (ocpa@mra.or.th)

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