

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ceritinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (CRT-NSL)

Hcode:

HN: คำนานหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช.

รวมที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg Height : cm.

Comorbid disease : None Yes (specified)

Tissue diagnosis : date By Cytology Histology

Pathological report : Adenocarcinoma Squamous cell ca Large cell ca NOS

EGFR testing date : result :

ALK rearrangement date : result :

Uncommon mutation result :

Other date : result :

Biomarkers testing :

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

Line of treatment : 1st line treatment 2nd line treatment 3rd line treatment

Previous therapy : 1st line treatment, specify , month - month

2nd line treatment, specify , month - month

Clinical staging : T N M

ECOG status : date 0 1 2 3 4

Radiologic exam : date By plain x-ray CT scan U/S MRI Radionuclide scan PET/CT

Lung Soft tissue Liver Bone Brain Adrenal gland

Site of disease/metastasis : Lymph node, specify

Other, specify

Planned Ceritinib dose : 150 mg/day 300 mg/day 450 mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย -เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย- เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

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

จัดส่งโดย: E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาลงข้อมูลไครม หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **