

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Enzalutamide ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (EZM-CRPC)

Hcode:

HN: คำนามหน้า ชื่อ: นามสกุล:

เลขที่บัตรประชาชน: วันเดือนปีเกิด: เพศ: ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ: สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช.

Weight: Kg

รอบที่: ครั้งที่:

Height: cm.

Comorbid disease:

None Yes (specified)

First diagnosis of metastatic prostate cancer:

date

Enrollment type:

New case
 Previously treated with Enzalutamide, since date

Previous treatment

*Antiandrogen therapy:

No
 Yes, specify date -

*GnRH:

No
 Yes, specify date -

*Chemotherapy:

No
 Yes, specify date -

*Abiraterone:

No Yes, date -

Others: specify

date -

*Orchiectomy status:

Yes, date No

Pathological report: date

Adenocarcinoma Other (spec)

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

Enzalutamide: dose mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย -เลือกแพทย์ผู้วินิจฉัย- เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา:

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน:

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

จัดส่งโดย:

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

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