

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Gefitinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (GFT-NSL)

Hcode

HN

เลขที่บัตรประชาชน

ระบบประกันสุขภาพ

ตำแหน่ง ชื่อ นามสกุล

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกด. กสทช. เมืองพัทยา ผู้ตรวจการแผ่นดิน เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : IN ครั้งที่ :

Weight : Kg

* Comorbid disease : None Yes (specified)

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

* Tissue diagnosis : date By Cytology Histology

* Pathological report : Adenocarcinoma Squamous cell ca Large cell ca NOS

* Tissue for EGFR testing : date

* EGFR mutation : not detected exon 18-21 detected exon18

exon19 exon20 exon21

uncommon mutation, specify

Previous therapy :

1st line treatment, specify start /

2nd line treatment, specify start /

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

Gefitinib dose : mg.

Frequency :

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