

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

Hcode

HN

เลขที่บัตรประชาชน

ระบบประกันสุขภาพ

คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

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

รอบที่ : RE ครั้งที่ :

First approved date :

Date first started Gefitinib :

Evaluation : date by clinical plain x-ray CT scan U/S MRI Other

Radiology report : date

Disease status : CR PR SD PD

ECOG status : 0 1 2 3 4

Gefitinib dose : mg. Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย 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