

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Gastrointestinal stromal tumor / Dermatofibrosarcoma Protuberans (IMT-GIST/DFSP)

Hcode

HN

เลขที่บัตรประชาชน

ระบบประกันสุขภาพ

ตำแหน่ง ชื่อ นามสกุล

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

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

รอบที่ : IN ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Comorbid disease :

Diagnosis :

First diagnosis of GIST :

Tissue diagnosis : date

Pathology report :

Operation :

Resectability :

For GIST adjuvant setting :

ECOG status : date

None Yes (specified)

GIST DFSP

date

Site

GIST, CD117 result; Positive Negative

DFSP, pathological report ;

Yes, date No

Complete resection Partial resection Unresectable

Size : Cm. Mitotic rate

Primary tumor Tumor rupture

0 1 2 3 4

CXR; date result :

CT Chest; date

result :

CT abdomen; date

result :

MRI abdomen; date

result :

Ultrasound; date

result :

Others

result :

For metastatic disease; Site of measurable/evaluable disease;

None Soft tissue Chest wall Lymph node Lung Liver Bone Brain

Other, specify

Imatinib dose : mg/day

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