

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

Hcode

HN

ตำแหน่ง ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ

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

รอบที่ : RE ครั้งที่ :

First approved date :

Diagnosis : GIST DFSP

Date first started Imatinib :

Date complete 3 years in adjuvant setting :

ECOG status : 0 1 2 3 4

Evaluation date : by : Clinical Plain x-ray U/S CT scan Radionuclide scan
 MRI Other,

Radiology report :

Any plan for curative resection : Yes No

Disease status : CR PR SD PD

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