

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Lenvatinib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (LVT-HCC)

Hcode :

HN :

คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ

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

รอบที่ : RE ครั้งที่ :

First approved date :

* Date first started Lenvatinib date :

Date :

* Weight : Kg * BP : / mmHg

Evaluation date by :

Clinical Plain x-ray CT scan U/S

MRI Other

CT scan , date ,

result :

MRI scan , date ,

result :

Others , date ,

result :

Alpha-fetoprotein, date ;

result iu/ml/ml

Disease status :

CR PR SD PD

* ECOG Status :

0 1 2 3 4

CBC : date

Hb : g/dL, WBC : /mm³, PMN : % , L : % , Platelet : /mm³

* Blood chemistry, date :

Total protein : g/dL , Albumin : g/dL , Alkaline phosphatase : U/L

Total bill : mg , Direct bill : mg , SGOT : U/L , SGPT : U/L

Serum Cr : mg/dL , eGFR : ml/min , Ca : mg/dL

Coagulogram date :

PT : sec , PTT : sec , TT : sec

Lenvatinib dose : mg/day

วันที่เบิกยา Lenvatinib ครบ 4 เดือน (120 วัน):

date

บันทึกเมื่อ

* หมายเหตุ เมื่อผู้ป่วยใช้ยาครบ 4 เดือน ทางบริษัทจะเป็นผู้จัดส่งยาให้กับผู้ป่วยผ่านระบบยาของทางโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลยังคงต้องส่งข้อมูลการขอต่ออายุการใช้ยาต่อ *

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