LVT-ThC [ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา]

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenvatinib ในผู้ป่วย Thyroid carcinoma (LVT-ThC)

Hcode

HN ... คำนำหน้า ... ชื่อ ... นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน ... วันเดือนปีเกิด ... เพศ ○ ชาย ○ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ○ สวัสดิการข้าราชการ ○ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ○ กทม. ○ กกต. ○ กสทช. ○ อื่นๆ

รอบที่ : ... ครั้งที่ :

Weight : ... Kg

* On treatment with Lenvatinib : start date

Comorbid disease : ○ None ○ Yes (specified)

* Tissue diagnosis; date

* Pathological report : ☐ Papillary ca ☐ Follicular ca ☐ Other ,specify

Previous treatment :
- ☐ curative surgery , (เดือน/ปี)
- ☐ Total 1st I-131 ablation , total ... Cycle , total dose ... mCi , date (... - ...)
- ☐ Other treatment , (เดือน/ปี) specify
- ☐ Other treatment , (เดือน/ปี) specify

* ECOG status date ... ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

* Serum thyroglobulin : date ... result ... ng/ml

CBC : ... Hb : ... g/dL, WBC : ... $/mm^3$, PMN : ... %, L : ... %, platelet : ... $/mm^3$

* 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

Radiology report :
- ☐ CT scan , date ... , result :
- ☐ MRI scan , date ... , result :
- ☐ Radioiodine scan , date ... , result :
- ☐ Other nuclide scan, date ... , result :

Site of measurable / evaluable disease :
- ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain
- ☐ Lymph node , specify
- ☐ Other, specify

Planned Lenvatinib dose (mg/d): ○ 4 mg/cap x ... cap ○ 10 mg/cap x ... cap

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย ... เบอร์โทรติดต่อ ... E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ ... เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :
- ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
- ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:
- ☐ E-mail (ocpa@mra.or.th)

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **