

LVT-ThC [ขอต่ออายุการใช้ยา]

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา 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:

First approved date:

Date first started Lenvatinib date:

Evaluation date  by:  Clinical  plain x-ray  CT scan  U/S

MRI  Other

CT scan, date , result:

MRI scan, date , result:

Radiology report:  Radioiodine scan, date , result:

Other nuclide scan, date , result:

\* Serum thyroglobulin: date  result  ng/ml

\* Disease status:  CR  PR  SD  PD

\* ECOG Status:  0  1  2  3  4

\* CBC:  Hb:  g/dL, WBC:  /mm<sup>3</sup>, PMN:  %, L:  %, platelet:  /mm<sup>3</sup>

total protein:  g/dL, albumin:  g/dL, alkaline phosphatase:  U/L

Blood chemistry, date : total bill:  mg, direct bill:  mg, SGOT:  U/L, SGPT:  U/L

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

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

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย  เบอร์โทรศัพท์  E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา:

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน:  เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย  สำเนาเวชระเบียน clinical record  ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

จัดส่งโดย:  E-mail (ocpa@mra.or.th)

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