

OST-NSL [ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา]

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Osimertinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (OST-NSL)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกค. กสทช. อื่นๆ

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Comorbid disease : None Yes (specified)

Tissue diagnosis : date By Cytology Histology

Pathological report : Adenocarcinoma Squamous cell ca Large cell ca NOS

EGFR T790M date not detected detected

None

1st line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

Previous treatment :

2nd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

3rd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

Other

ECOG status : date 0 1 2 3 4

Radiologic exam : date By plain x-ray CT scan U/S MRI Radionuclide scan PET/CT

Lung Soft tissue Liver Bone Brain Adrenal gland

Site of disease/metastasis :

Lymph node, specify

Other, specify

Planned Osimertinib dose : 80 mg/d 80 mg every other day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสุขภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

E-mail (ocpa@mra.or.th)

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