OST-NSL [ขอต่ออายุการใช้ยา]

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

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 Osimertinib :

Evaluation : date by ☐ clinical ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Other

Radiology report : date

Disease status : ○ CR ○ PR ○ SD ○ PD

ECOG status : ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

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

วันที่จะได้รับยา Osimertinib ครบ 10 เดือน :

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 **