

## RBC-MBC [ขอต่ออายุการรักษา]

**แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Ribociclib ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (RBC-MBC)**

Hcode 23456	ทดสอบ รพ.2		
HN 78974	ตำแหน่ง นาย	ชื่อ ทดสอบ	นามสกุล ทดสอบ
เลขที่บัตรประชาชน 7897446576431	วันเดือนปีเกิด 21/01/2519	เพศ <input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
ระบบประกันสุขภาพ	<input checked="" type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ <input type="radio"/> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="radio"/> กทม. <input type="radio"/> กกค. <input type="radio"/> กสทช. <input type="radio"/> อื่นๆ		
รอบที่ : 1		RE101	ครั้งที่ : 1
Weight : <input type="text"/> Kg., date <input type="text"/>			
Date first started Ribociclib, date : <input type="text"/>			
Evaluation date : <input type="text"/>	By <input type="checkbox"/> Clinical <input type="checkbox"/> plain x-ray <input type="checkbox"/> CT scan <input type="checkbox"/> U/S <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>		
Radiology report : date <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Disease status :	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> PR <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> PD		
ECOG Status : date <input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		
Laboratory examination : date <input type="text"/>	CBC ; Hb : <input type="text"/> gm/dL, WBC : <input type="text"/> /mL, PMN : <input type="text"/> %, Lymph : <input type="text"/> %, Plt : <input type="text"/> /mL, Albumin : <input type="text"/> g/dL, ALT : <input type="text"/> U/L, AST : <input type="text"/> U/L, Alk phos : <input type="text"/> U/L, Total bili : <input type="text"/> mg/dL, Direct bili : <input type="text"/> mg/dL, Creatinine : <input type="text"/> mg/dL		
Ribociclib dose :	<input type="radio"/> 200 mg/d <input type="radio"/> 400 mg/d <input type="radio"/> 600 mg/d		
บันทึกเมื่อ <input type="text"/>			

---

แพทย์ผู้วินิจฉัย  เบอร์โทรติดต่อ  E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

**เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :**

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพ.ของผู้ป่วย  สำเนาเวชระเบียน clinical record  ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย  แบบบันทึก Barthel ADL Score

**จัดส่งโดย:**

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

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