

SRF-HCC [ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา]

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sorafenib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (SRF-HCC)

Hcode: _____

HN: _____

เลขที่บัตรประชาชน: _____

ระบบประกันสุขภาพ: _____

รายนาม: _____ ชื่อ: _____ นามสกุล: _____

วันเดือนปีเกิด: _____ เพศ: ชาย หญิง

สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. อื่นๆ _____

รอบที่: _____ ครั้งที่: _____

Weight: _____ Kg

Enrollment Type: New case Previously treated with Sorafenib, started _____

Comorbid disease: None Yes (specified _____)

* Tissue diagnosis; date: _____, By: Cytology Histology None

* Pathological report: Hepatocellular carcinoma Cholangiocarcinoma Other, _____

* Radiology report: CT scan, date: _____, result: _____ MRI scan, date: _____, result: _____ Others, date: _____, result: _____

* Alpha-fetoprotein: date: _____, result: _____ iu/ml/ml

Previous treatment: None curative surgery, (เดือน/ปี: _____) TACE, total cycles: _____ (เดือน/ปี: _____ - เดือน/ปี: _____) Systemic therapy, (เดือน/ปี: _____ - เดือน/ปี: _____) specify agents: _____ Other locoregional therapies, (เดือน/ปี: _____) specify: _____

* ECOG status date: _____ 0 are fully active, more or less as you were before your illness 1 can't carry out heavy physical work, but can do anything else 2 up and about more than half the day. can look after yourself but can't work 3 are in bed or a chair for more than half the day. need help to look after yourself 4 are in bed or a chair all the time and need complete care

* CBC: _____ Hb: _____ g/dL, WBC: _____ /mm³, PMN: _____ %, L: _____ %, platelet: _____ /mm³

* 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

Coagulogram date: _____: * PT: _____ sec, PTT: _____ sec, TT: _____ sec

* Child-Pugh liver function class: A B C

Site of disease / metastasis: Lung Soft tissue Liver Bone Brain Adrenal gland Lymph node, specify: _____ Other, specify: _____

Planned Sorafenib dose: 400 mg/d 600 mg/d 800 mg/d

บันทึกเมื่อ _____

แพทย์ผู้วินิจฉัย: _____ เบอร์โทรติดต่อ: _____ E-mail ที่สามารถติดต่อได้: _____

ผู้บันทึก ชื่อ: _____ เบอร์โทรติดต่อ: _____

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา: _____

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน: เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ผลการตรวจสอทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย: E-mail (ocpa@mra.or.th)

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