

SRF-HCC [ขอต่ออายุการใช้ยา]

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Sorafenib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (SRF-HCC)

Hcode

HN คำนามหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กสทช. อื่นๆ

รอบที่ : ครั้งที่ :

First approved date :

Date first started Sorafenib date :

Evaluation date by :

Clinical plain x-ray CT scan U/S

MRI Other

CT scan, date ,

result :

MRI scan, date ,

result :

Others, date ,

result :

* Radiology report :

* Alpha-fetoprotein : date

result iu/ml/ml

Disease status : CR PR SD PD

* ECOG Status : 0 1 2 3 4

* CBC :

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

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

* PT : sec, PTT : sec, TT : sec

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

วันที่จะได้รับยา Sorafenib ครบ 4 เดือน :

บันทึกเมื่อ

*** หมายเหตุ เมื่อผู้ป่วยใช้ยาครบ 4 เดือน ทางบริษัทจะเป็นผู้จัดส่งยา ให้กับผู้ป่วยผ่านระบบยาของทางโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลยังคงต้องส่งข้อมูลการขอต่ออายุการใช้ยาต่อ ***

แพทย์ผู้วินิจฉัย เบอร์โทรศัพท์ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนหรือระบบสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

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

**** กรุณาลงข้อมูลในครม หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ ****