

SNT-GIST [ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา]

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sunitinib ในผู้ป่วย Gastrintestinal stromal tumor (SNT-GIST)

Hcode ทดสอบ รพ.2

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กศด. กสทช.

รอบที่ : IN1 ครั้งที่ :

Weight : Kg. Height : cm.

Comorbid disease : None Yes (specified)

First diagnosis of GIST : เดือน/ปี

Tissue diagnosis : Site

Pathology report GIST , CD117 result : Positive Negative

Enrollment type : New case Previously treated Sunitinib , since date

Previous Imatinib treatment : เดือน / ปี - เดือน / ปี

Reason for Sunitinib : Progressive disease on Imatinib

Serious AE to Imatinib , specify

Others , specify

ECOG Status : 0 1 2 3 4

Radiologic examination :

CXR result :

CT Chest result :

CT abdomen result :

MRI abdomen result :

Ultrasound result :

Others result :

Site of measurable/evaluable disease : None Soft tissue Chest wall Lymph node Lung Liver Bone Brain

Other, specify

Planned Sunitinib dose : mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

จัดส่งโดย:

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