

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pembrolizumab ในผู้ป่วย Malignant melanoma (PBZ-MMN)

Hcode :

HN คำนามหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา ผู้ตรวจการแผ่นดิน เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

* Date : * Weight : Kg

* วันแรกที่ได้รับยา Pembrolizumab , cycle 1 , date :

Comorbid disease : None Yes specified

* Tissue diagnosis : date

* Pathological report : specified

Stage : T N M

Plan treatment setting : Adjuvant setting for new case stage III, Tany, N1 Adjuvant setting for in-transit recurrent ที่สามารถผ่าตัดออกได้หมด Metastatic setting, M1 disease

Previous surgery : wide excision of primary lesion, date Sentinel node dissection, date Complete node dissection, date Complete radical metastasectomy, date site

Previous medical treatment : Yes No Chemotherapy, date specify Target/Antibody therapy, date specify

* ECOG Status : date 0 1 2 3 4

CBC : date Normal Abnormal Not done

Liver function test : date Normal Abnormal Not done

Serum Cr : mg/dL

Radiology report : CT scan, site date result CT scan, site date result MRI scan, site date result MRI scan, site date result MRI scan, site date result Bone scan, site date result Other nuclide scan, date specify result

Site of measurable/evaluable disease; None Lung Soft tissue Liver Bone Brain Lymph node specify Other specify

Recommended Pembrolizumab dose mg IV. ทุก 3 สัปดาห์

คำแนะนำขนาดยา Pembrolizumab ตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย ทุก 3 สัปดาห์

- เท่ากับ หรือต่ำกว่า 50 กก. ขนาดยา 100 มก.
- มากกว่า 50 ถึง 75 กก. ขนาดยา 150 มก.
- มากกว่า 75 กก. ขนาดยา 200 มก.

การใช้ weight based รพ.สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ประมาณ ร้อยละ 25 ตามเอกสารอ้างอิง

[เอกสารอ้างอิง 1.Weight-based dosing vs Fixed dosing of pembrolizumab: an economic analysis.](#)

[เอกสารอ้างอิง 2.weight-based dosing of pembrolizumab every 6 weeks in the time of covid-19.](#)

[เอกสารอ้างอิง 3.Biological stability of pembrolizumab after dilution and storage in 0.9%NaCl infusion polyolefin bags](#)

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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

Drag & Drop Files