

**แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Pembrolizumab ในผู้ป่วย Malignant melanoma (PBZ-MMN)**

Hcode

HN

คำนำหน้า  ชื่อ  นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด  เพศ  ชาย  หญิง

ระบบประกันสุขภาพ

สวัสดิการข้าราชการ  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  กทม.  กกด.  กสทช.  เมืองพัทยา  ผู้ตรวจการแผ่นดิน  เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ :  ครั้งที่ :

First approved date :

\* Date first started pembrolizumab, date :

Date :

\* Weight :  Kg \* BP :  mmHg

Evaluation : date,  by

Clinical  Plain x-ray  CT scan  U/S  
 MRI  Other

Radiology report :

- CT scan, date , result
- MRI scan, date , result
- Radioiodine scan, date , result
- Other nuclide scan, date , result

Site of measurable/evaluable disease;

- None  Lung  Soft tissue  Liver  Bone  Brain
- Lymph node, specify
- Other, specify

\* Disease status :

CR  PR  SD  PD

\* 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, eGFR :  ml/min

\* Last Pembrolizumab : cycle , date

วันที่ผู้ป่วยได้รับยา Pembrolizumab ครบ 10 cycles, date

Recommended dose  mg IV. ทุก 3 สัปดาห์

บันทึกเมื่อ

**\*\* หมายเหตุ เมื่อผู้ป่วยใช้ยาครบ ทางบริษัทจะเป็นผู้จัดส่งยาให้กับผู้ป่วยผ่านระบบยาของทางรพ. ซึ่งทางรพ.ยังคงต้องส่งข้อมูลการขอต่ออายุการใช้ยาต่อ \*\***

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 \*\***

**Upload**

Drag & Drop Files