

CASCAP: Cholangiocarcinoma Screening and Care Program

CCA-03

Site ID :

(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

PID:

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)



Diagnosis and Treatment

1. Clinical suspected CCA ☐ 0. No ☐ 1. Yes (กรณีมาด้วยอาการแสดง)2. US/CT/MRI or MRCP for CCA ☐ 0. Negative ☐ 1. Positive Date: / / 2 5 3. Tumor site ☐ 1. Intrahepatic CCA ☐ 2. Perihilar CCA ☐ 3. Distal CCA
☐ 4. Not CCA, please specify (ICD-10:)4. Date of Visit /Admission / / 2 5 ☐ 1. OPD only (skip to no.5.5 or 6) ☐ 2. IPD

5. Treatment

Date of Treatment

5.1 Surgery

☐ 1. Liver resection☐ 1.1 Rt.☐ 1.2 Lt.☐ 1.3 S1☐ 1.4 Extended Rt.☐ 1.5 Extended Lt.☐ 1.6 Rt. Trisection☐ 1.7 Lt. Trisection☐ 1.8 Non-anatomical☐ 1.9 Others.....☐ 2. Hilar resection☐ 3. Bypass☐ 4. Exploratory laparotomy +/- biopsy☐ 5. Needle biopsy☐ 6. Whipple's operation or PPPD or PD

5.2 Chemotherapy

☐ 1. Adjuvant☐ 2. Palliative

5.3 PTBD

☐ 1. Pre-op therapy ☐ 2. Palliative

5.4 Endoscopic Stent

☐ 1. Pre-op therapy ☐ 2. Palliative

5.5 Medication Treatment

☐ 1. IV☐ 2. Antibiotic☐ 3. Others.....6. Best supportive Treatment ☐ 1. Yes ☐ 2. NoDate: / / 2 5

(ในผู้ป่วยที่ไม่มีการทำ Further investigations หรือสิ้นสุดการวินิจฉัยรักษา แล้วไม่มีหัตถการอื่นๆ และผู้ป่วยที่รักษาตามอาการด้วยยาต่างๆ (Supportive care))

7. Results ☐ 0. Dead ☐ 1. Discharged ☐ 2. Referred to..... Date: / / 2 5

8. Complication (Thick all that apply)

☐ 1. None☐ 2. Cholangitis☐ 3. Liver failure☐ 4. Pancreatitis☐ 5. Renal failure☐ 6. Pleural effusion☐ 7. Intra-abdominal bleeding☐ 8. Wound infection☐ 9. Ascites☐ 10. Prolonged bile leakage☐ 11. Others, please specify.....

9. Alternative treatment

☐ 1. Date: / / 2 5 ☐ 2. Date: / / 2 5

Doctor

Date completed:

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

(เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

Form completed by.....

Date completed: