

Site ID :

(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

PID:

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)



## Post operation Follow-up Form\*

## 1. Date of follow up / visit

d d / m m / y y y y

☐ 1. มารับการตรวจที่โรงพยาบาล☐ 2. โทรศัพท์ติดต่อStatus: ☐ 1. Remain in the study☐ 1.1 Healthy☐ 1.2 Recurrent disease☐ 1.3 Progress disease☐ 2. Withdrawn consent☐ 3. Loss to follow-up >3 months after the appointment☐ 4. Dead; Date 

d d / m m / y y y y

Cause of dead.....

## 2. ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นก่อนมาพบแพทย์

☐ 1. ไม่ได้ไป☐ 2. ไป โปรดระบุ (รพ./คลินิก) .....

## 3. โรคร่วม (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. None☐ 2. DM☐ 3. Hypertension☐ 4. Heart disease☐ 5. Others, please specify .....

## 4. อาการแทรกซ้อน (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 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 .....

Completed by.....

Date :

ชื่อ

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

- \* หมายเหตุ: 1. ติดตามผู้ป่วย 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัดและติดตามทุก 6 เดือนเป็นเวลา 5 ปี  
 2. เกิน 1 ปี ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล ให้ติดตามผู้ป่วย  
 3. กรณีสิ้นสุดโครงการ (ครบ 5 ปี) ให้ติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบ 5 ปี