

แบบรายงานโรคมะเร็ง

Card No

1. ชื่อ - นามสกุล		2. เลขประจำตัวประชาชน		3. เลขที่ Passport	
		
		6. สถานภาพสมรส	7. สัญชาติ	8. เชื้อชาติ	9. ศาสนา
		① โสด	① ไทย	① ไทย	① พุทธ
		② คู่/ หม้าย / หย่า	② จีน	② จีน	② คริสต์
		③ นกบวช	③ ลาว	③ ลาว	③ อิสลาม
		④ ไม่ระบุ	④ อื่นๆ	④ อื่นๆ	④ อื่นๆ.....
		⑤ ไม่ระบุ	⑤ ไม่ระบุ	⑤ ไม่ระบุ	⑤ ไม่ระบุ
4. วัน / เดือน / ปี เกิด	5. เพศ				
...../...../.....	① ชาย				
	② หญิง				
	③ ไม่ระบุ				
10. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			11. ที่อยู่ถาวร		
บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....			บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....		
ตำบล.....อำเภอ.....			ตำบล.....อำเภอ.....		
จังหวัด.....			จังหวัด.....		
โทร.....			โทร.....		
รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....			รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....		
12. ชื่อโรงพยาบาล / รหัสโรงพยาบาล		18. หมายเลขชั้นเนื้อพยาธิวิทยา		22. Behaviour	
..... /		ใน ร.พ.		① Benign	
13. เลขประจำตัวผู้ป่วย		นอก ร.พ.		① Uncertain , benign / malignant	
.....		19. วันที่ส่งชิ้นเนื้อ		② In Situ	
14. วันที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง		ใน ร.พ. / /		③ Malignant	
..... / /		นอก ร.พ. / /			
15. อายุ ณ.(วันที่วินิจฉัย)		20. ตำแหน่งอวัยวะที่เป็น		23. Grade	
.....ปี		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① Well differentiated	
16. วิธีวินิจฉัย			② Moderately differ'd	
	ใน ร.พ.		③ Poorly differ'd	
① มรณะบัตร	<input type="checkbox"/>		④ Undifferentiated	
① ซักประวัติและตรวจร่างกาย	<input type="checkbox"/>	ครั้งที่ เป็น <input type="checkbox"/> 0 เป็นครั้งแรก		⑤ Positive T - Cell	
② รังสีวินิจฉัย ต่อกดลอง Ultrasound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 กลับเป็นซ้ำ		⑥ Positive B - Cell	
③ ผ่าตัดหรือผ่าศพ โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อ	<input type="checkbox"/>	Laterality		⑦ Null cell (Non T - Non B)	
④ Specific Biochem/ Immuno.test	<input type="checkbox"/>	① Right		⑧ NK cell (natural killer)	
⑤ ตรวจทางเซลล์หรือการตรวจเลือด	<input type="checkbox"/>	② Left		⑨ Not stated or not applicable	
⑥ ตรวจชิ้นเนื้อออกที่แพร่กระจาย	<input type="checkbox"/>	③ Bilateral			
⑦ ตรวจเนื้ออกปฐมภูมิ	<input type="checkbox"/>	④ Unilateral			
⑧ ผ่าศพและมีผลชิ้นเนื้อ	<input type="checkbox"/>	⑤ Unknown			
17. ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา			21. ผลทางพยาธิวิทยา		
.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				
				
				

24. T N M วันที่ Stage/...../..... 25. Stage ① Stage 0 ① Stage 1 ② Stage 2 ③ Stage 3 ④ Stage 4	① Stage I,A ② Stage II,B ③ Stage III,C ④ Stage IV,D ⑤ Stage II a, B1 ⑥ Stage II b, B2 ⑦ Stage III a, C1 ⑧ Stage III b, C2 ⑨ Unknown	26. ① In situ ② Localized ③ Direct extension ④ Regional lymph nodes ⑤ Distant metastasis ⑧ Not applicable ⑨ Not known	27. Metastasis <input type="radio"/> Bone <input type="radio"/> Brain <input type="radio"/> Liver <input type="radio"/> Lung <input type="radio"/> Lymph Node <input type="radio"/> Peritoneum <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> Not known
28. วันที่ติดต่อดีที่สุด/...../.....	29. สภาพที่เป็นอยู่ต่ำสุด ① ยังมีชีวิต ② เสียชีวิต ③ ไม่ระบุ	30. วันที่เสียชีวิต/...../.....	31. สาเหตุการเสียชีวิต ① โรคมะเร็ง ② โรคอื่นๆ ③ ไม่ระบุ
32. Refer มาจาก..... วัน เดือน ปี HN. รายละเอียด		33. Refer ไปยัง..... วัน เดือน ปี HN. รายละเอียด	
34. วิธีการรักษา รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล..... ว.ค.ป. /..... /..... ICD9cm Admit No. รายละเอียด..... Dr.ID Dr. Name Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ Sup. ⑦ Interventional ⑧ Other สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ 30 บาท รักษาทุกโรค OPD/IPD ① OPD ② IPD ③ ไม่ทราบ รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล..... ว.ค.ป. /..... /..... ICD9cm Admit No. รายละเอียด..... Dr.ID Dr. Name Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ Sup. ⑦ Interventional ⑧ Other สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ 30 บาท รักษาทุกโรค OPD/IPD ① OPD ② IPD ③ ไม่ทราบ รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล..... ว.ค.ป. /..... /..... ICD9cm Admit No. รายละเอียด..... Dr.ID Dr. Name Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ Sup. ⑦ Interventional ⑧ Other สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ 30 บาท รักษาทุกโรค OPD/IPD ① OPD ② IPD ③ ไม่ทราบ			

(ชื่อ)ผู้คัดลอก (ชื่อ)ผู้ลงรหัสโรค (ชื่อ)ผู้บันทึกข้อมูล

(ชื่อ)ผู้ตรวจสอบ วันที่/...../.....