

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี(Cholangiocarcinoma)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)									
	CChC11	- Postoperative Chemoradiation (positive margin, lymph node positive ECOG 0-1) : 5FU (C 1-2:400 mg/ m ² /d, D _{1-4,29-32}) & Leucovorin (C 1-2: 20 mg/m ² /d, D _{1-4,29-32}) ทุก 28 วัน จำนวน 2 ครั้ง									
รอบ	C1	C2		C3		C4		C5		C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	
	CChC21	- ระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย CDDP (75-100 mg/m ² /d,D ₁) & 5FU (1,000,mg/m ² /d,D ₁₋₄) ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2		C3		C4		C5		C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	
	CChC22	- ระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย Carboplatin (AUC 5 mg/m ² /min,D ₁) & 5FU (1,000 mg/ m ² /d, D ₁₋₄) ทุก 28 วันจำนวน 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2		C3		C4		C5		C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

- ครั้งที่ 1 เอกสารฉบับนี้พร้อมสำเนาให้ส่งพร้อมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ชุด
- ครั้งต่อไป ทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เกิดเบิกยา