

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งปอด(Lung)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า1/2)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	CLnC11	- NSCLC ; Adjuvant CT : CDDP & VP-16 ทุก 21 วัน จำนวน 4 ครั้ง					
	CLnC12	- NSCLC ; Adjuvant CT : Carboplatin AUC5-6 & VP-16 ทุก 21 วัน จำนวน 4 ครั้ง (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CLnC11 ได้)					
รอบ	C1	C2	C3	C4			
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์			
	CLnC21	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : CDDP D _{1,8,29,36} & VP-16 D _{1-5, 29-33} ทุก 42 วัน จำนวน 1 ครั้ง					
รอบ	C1						
วันที่	ลายเซ็นแพทย์						
	CLnC21	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : CDDP D ₁ & VP-16 D ₁₋₃ ทุก 21 วัน จำนวน 2 ครั้ง					
รอบ	C1	C2					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์					
	CLnC22A	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : Carboplatin D _{1,29} & VP-16 D _{1-5, 29-33} ทุก 42 วัน จำนวน 1 ครั้ง (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CLnC21C ได้)					
รอบ	C1						
วันที่	ลายเซ็นแพทย์						
	CLnC22B	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : Carboplatin (AUC5-6) D ₁ & VP-16 D ₁₋₃ ทุก 21 วัน จำนวน 2 ครั้ง					
รอบ	C1	C2					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์				
	CLnC25A	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : Carboplatin(AUC2) & Paclitaxel 50 mg/m ² ทุก 7 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLnC25B	- NSCLC ระยะ III; CT ร่วมกับ RT : Carboplatin(AUC5-6) & Paclitaxel 200 mg/m ² ทุก 21 วัน จำนวน 2 ครั้ง					
รอบ	C1	C2					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์					

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งปอด(Lung)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า2/2)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....
ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	CLnC31	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 1 st line : CDDP & VP 16 D ₁₋₃ ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLnC32	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 1 st line : Carboplatin D ₁ & VP-16, d _{1,3} ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLnC33	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 1 st line : CDDP & Gemcitabine D _{1,8} ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
	CLnC34	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 1 st line : Carboplatin & Gemcitabine D _{1,8} ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง (เมื่อไม่สามารถทนต่อ CLnC33 ได้)					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLnC35	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 1 st line : Carboplatin & Paclitaxel 200 mg/ m ² ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLnC41	- NSCLC ระยะ III B และ IV ; 2 nd line : Docetaxel ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง (ต้องแนบใบ จ2 ด้วย)					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLuC11	- SCLC : Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLuC12	- SCLC : PE1 ; CDDP(25 mg/ m ² /d : D ₁₋₃) & VP-16 (100 mg/ m ² /d : D ₁₋₃) ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CLuC13	- SCLC : PE2 ; CDDP(80 mg/ m ² /d : D ₁) & VP-16 (100 mg/ m ² /d : D ₁₋₃) ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง					
	CLuC15	- SCLC : PE2 ; Carboplatin (AUC 5-6 mg/ml/min : D ₁) & VP-16 (100 mg/ m ² /d : D ₁₋₃) ทุก 21 วัน จำนวน 4-6 ครั้ง (เมื่อไม่สามารถทนต่อ CLuC13 ได้)					
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