

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งรังไข่(Ovary)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า1/4)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....
 ช่องใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ช่องใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)									
	COvC11	- EOC & EOC of LMP ; 1 st line / Neoadjuvant CT : Carboplatin & Cyclophosphamide ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์
	COvC12	- EOC & EOC of LMP ; 1 st line / Neoadjuvant CT : Carboplatin & Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 8 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4							
วันที่		ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์						
รอบ	C5	C6	C7	C8							
วันที่		ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์						
	COvC13	- EOC & EOC of LMP ; 1 st line / Neoadjuvant CT : CDDP & Cyclophosphamide ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์
	COvC14	- EOC & EOC of LMP ; 1 st line / Neoadjuvant CT : CDDP & Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์
	COvC15	- EOC & EOC of LMP ; 1 st line / Neoadjuvant CT : Carboplatin ในผู้สูงอายุ หรือ ECOG ไม่ดี ทุก 28 วัน จำนวน 3 - 8 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4							
วันที่		ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์						
รอบ	C5	C6	C7	C8							
วันที่		ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์						

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

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

แบบฟอร์มProtocol ปี 2556 โรคมะเร็งรังไข่(Ovary)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า2/4)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	COvC21	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Carboplatin ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC22A	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC22B	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Paclitaxel d _{1,8,15} ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC23A	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Gemcitabine d _{1,8} ทุก 21 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC23B	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Gemcitabine d _{1,8,15} ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC24	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : VP-16 (Preferably oral regimen) d ₁₋₂₁ ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC25	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Carboplatin & Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC26	- EOC & EOC of LMP ; 2 nd line CT : Cisplatin & Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ - ครั้งที่ 1 เอกสารฉบับนี้พร้อมสำเนาให้ส่งพร้อมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ชุด

- ครั้งที่ต่อไป ทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เกิดเบิกยา

แบบฟอร์มProtocol ปี 2556 โรคมะเร็งรังไข่(Ovary)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า3/4)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....
 ชื่องาน.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งรังไข่ตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ชื่องานใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	COvC31	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : BEP(1) ทุก 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC321	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : BEP(2) : Bleomycin ทุก 7 วัน จำนวน 12 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
รอบ	C7	C8	C9	C10	C11	C12	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC322	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : BEP(2) : VP - 16 & CDDP ทุก 28 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC331	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : VBP(2) : Bleomycin ทุก 7 วัน จำนวน 12 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
รอบ	C7	C8	C9	C10	C11	C12	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC332	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : VBP : Vinblastine & CDDP ทุก 21 วัน จำนวน 3 - 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC34	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 1 ST line CT : VCR & Dactinomycin & Cyclophosphamide ทุก 28 วัน จำนวน 3 - 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 เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เบิกยา

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งรังไข่(Ovary)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า4/4)

วันที่.....ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งรังไข่ตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	COvC41	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 2 nd line CT : CDDP & VP-16 ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC42	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 2 nd line CT : Carboplatin & VP-16 ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC43	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 2 nd line CT : VP-16 & Ifosfamide & Mesna & CDDP ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC44	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 2 nd line CT : VP-16 & Ifosfamide & Mesna & Carboplatin ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	COvC45	- Germ Cell & Sex Cord-Stromal Tumors ; 2 nd line CT : Paclitaxel ทุก 21 - 28 วัน จำนวน 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