

แบบฟอร์มProtocol ปี 2556 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง(Colon & Rectum)  
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า1/3)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)					
	CCrC11	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก Adjuvant CT : Mayo regimen (5 FU & Leucovorin)D <sub>1-5</sub> ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CCrC13	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก Adjuvant CT : UFT D <sub>1-28</sub> & Leucovorin D <sub>1-28</sub> ทุก 35 วัน จำนวน 5 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5		
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		
	CCrC14	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก Adjuvant CT : FOLFOX4 ทุก 14 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	
	CCrC15	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก Adjuvant CT : mFOLFOX <sub>6</sub> ทุก 14 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	
	CCrC16	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 Adjuvant CT : Mayo regimen (5 FU & Leucovorin)D <sub>1-5</sub> ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง					
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CCrC17	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 Adjuvant CT : : FOLFOX4 ทุก 14 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	
	CCrC18	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 Adjuvant CT : : mFOLFOX6 ทุก 14 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	

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ - ครั้งที่ 1 เอกสารฉบับนี้พร้อมสำเนาให้ส่งพร้อมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ชุด

- ครั้งที่ต่อไป ทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เกิดเบิกยา

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง(Colon & Rectum)  
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า2/3)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)			
	CCrC21C	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C1 - 2 : D <sub>1-5,29-33</sub> )			
	CCrC21D	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : Leucovorin (C1 - 2 : D <sub>1-5</sub> )			
รอบ	C1	C2			
วันที่	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์
	CCrC21E	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C3 - 4 : D <sub>1-4,29-32</sub> ) & Leucovorin(C3-4:D <sub>1-4,29-32</sub> )			
รอบ		C3		C4	
วันที่		สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์
	CCrC21F	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C5-6 : D <sub>1-5,29-33</sub> ) & Leucovorin (C5-6 : D <sub>1-5,29-33</sub> )			
รอบ				C5	C6
วันที่				สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์
	CCrC22A	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C1 - 2 : D <sub>1-5,29-33</sub> )			
รอบ	C1	C2			
วันที่	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์
	CCrC22B	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C3 - 4 : D <sub>1-4,29-33</sub> )			
รอบ		C3		C4	
วันที่		สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์
	CCrC22C	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกหลัง Sx ร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU (C5 - 6 : D <sub>1-5,29-33</sub> )			
รอบ				C5	C6
วันที่				สายเข็มแพทย์	สายเข็มแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

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

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง(Colon & Rectum)  
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า3/3)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)							
	CCrC31C	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C1-2 : 350 mg/m <sup>2</sup> /d) 5 FU (C1-2 : D <sub>1-5,29-33</sub> ) & Leucovorin (C1-2 : D <sub>1-5,29-33</sub> ) ทุก 28 วัน จำนวน 2 ครั้ง							
รอบ	C1	C2							
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์							
	CCrC31D	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C3-6 : 380-400 mg/m <sup>2</sup> /d) 5 FU (C3-6 : D <sub>1-5</sub> ) & Leucovorin (C3-6 : D <sub>1-5</sub> ) จำนวน 4 ครั้ง							
รอบ				C3	C4	C5		C6	
วันที่				ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	
	CCrC32C	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C1-2 : 400 mg/m <sup>2</sup> /d) 5 FU (C1-2 : D <sub>1-5,29-33</sub> ) & Leucovorin (C1-2 : D <sub>1-4,29-33</sub> ) ทุก 28 วัน จำนวน 2 ครั้ง							
รอบ	C1	C2							
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์							
	CCrC32D	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C3-6 : 380-400 mg/m <sup>2</sup> /d) 5 FU (C3-6 : D <sub>1-5</sub> ) & ~ Leucovorin (C3-6 : D <sub>1-5</sub> ) ทุก 28 วัน จำนวน 4 ครั้ง							
รอบ				C3	C4	C5		C6	
วันที่				ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	
	CCrC33	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C1-2 : 1,000 mg/m <sup>2</sup> /d) D <sub>1-5,29-33</sub> ทุก 28 วัน จำนวน 2 ครั้ง							
รอบ	C1	C2							
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์							
	CCrC33A	- มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรกก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับ RT Adjuvant CT : 5 FU(C3-6 : 500 mg/m <sup>2</sup> /d : D <sub>1-5</sub> ) ทุก 28 วัน จำนวน 4 ครั้ง							
รอบ				C3	C4	C5		C6	
วันที่				ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	
	CCrC41	- มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV (1 <sup>st</sup> line) Palliative CT : 5 FU (375-425 mg/m <sup>2</sup> /d & Leucovorin , C1-6, D <sub>1-5</sub> ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง							
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6			
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		ลายเซ็นแพทย์	

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

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