

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก(Nasopharynx)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า1/2)

วันที่.....ชื่อ-สกุล..... HN.....
 ใช้อุปกรณ์.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)			
	CNaC11a	- ระยะ II-IV ; เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา : CDDP 100 mg/m ² D _{1,22,43} (ทุก 21 วัน) จำนวน 3 ครั้ง			
	CNaC12a	- ระยะ II-IV ; เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา : Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min D1 (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CNaC11a ได้) ทุก 21 วัน จำนวน 3 ครั้ง			
รอบ	C1	C2	C3		
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		
	CNaC13a	- ระยะ II-IV ; เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา : CDDP 40 mg/m ² ทุก 7 วัน จำนวน 8 ครั้ง			
	CNaC14a	- ระยะ II-IV ; เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา : Carboplatin AUC 2 mg/ml/min (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CNaC13a ได้)			
รอบ	C1	C2	C3	C4	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
รอบ	C5	C6	C7	C8	
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	
	CNaC11b	- ระยะ II-IV ; ให้เคมีบำบัดเสริมหลังการให้ CT&RT : CDDP & 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง			
	CNaC12b	- ระยะ II-IV ; ให้เคมีบำบัดเสริมหลังการให้ CT&RT : Carboplatin (AUC 5-6) & 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CNaC11b ได้)			
รอบ	C1	C2	C3		
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		
	CNaC21	- ระยะ II-IV ; ให้เคมีบำบัดเสริมหลังการให้ CT&RT : CDDP & 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง			
	CNaC22	- ระยะ II-IV ; ให้เคมีบำบัดเสริมหลังการให้ CT&RT : Carboplatin AUC (5-6) & 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CNaC22 ได้)			
รอบ	C1	C2	C3		
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์		

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2556 โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก(Nasopharynx)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.(หน้า2/2)

วันที่.....ชื่อ-สกุล.....HN.....
 ชื่อป่วย.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	สูตรเคมีบำบัด	ข้อบ่งใช้ประกอบการพิจารณา(ดูรายละเอียดในเอกสารของ สปสช.)									
	CNaC31	- ระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ : CDDP 80 mg/m ² ทุก 21 วัน จำนวน 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์
	CNaC32	- ระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ : Carboplatin AUC5-6 ทุก 21 วัน จำนวน 3 ครั้ง (เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ CDDP ใน CNaC31 ได้)									
รอบ	C1	C2	C3								
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์							
	CNaC33	- ระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ : CDDP & 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์
	CNaC34C	- ระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ : Carboplatin (AUC 5-6) ทุก 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง (ใช้แทน CDDP ใน CNaC33 ได้ ในการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา)									
รอบ	C1	C2	C3								
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์							
	CNaC33	- ระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ : 5FU ทุก 28 วัน จำนวน 6 ครั้ง									
รอบ	C1	C2	C3	C4	C5	C6					
วันที่	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์	ลายเซ็นแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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