

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
(Hepatocellular carcinoma & Cholangiocarcinoma)
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจาก สปสช.

วันที่.....
ชื่อ-สกุล.....HN.....
ข้อป่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่	Cycle
Postoperative Chemoradiation (Positive margin, lymph node positive, ECOG 0-1)				
	CChC11	5FU 400 mg/m ² /d (D 1-4)&Leucovorin 20 mg/m ² /d (D 1-4) of RT	28	2
	CChC12	5FU 375-425 mg/m ² /d (D 1-5)&Leucovorin 20 mg/m ² /d (D 1-5)	28	6
ระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย				
	CChC21	CDDP 75-100 mg/m ² /d (D 1)& 5FU 1,000 mg/m ² /d (D 1-4)	28	6
	CChC22	Carboplatin AUC 5 (D 1) & 5FU 1,000 mg/ m ² /(D1-4)	28	6
Non Protocol : ใช้ยาไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคายาไม่เกิน 2,300 บาท)				

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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