

แบบรายงานโรคมะเร็ง

1. ชื่อ - นามสกุล		2. เลขประจำตัวประชาชน		3. เลขประจำตัวผู้ป่วย	
		□-□□□□-□□□□□-□□-□			
		6. สถานภาพสมรส	7. สัญชาติ	8. เชื้อชาติ	9. ศาสนา
4. วัน / เดือน / ปี เกิด	5. เพศ	① โสด	① ไทย	① ไทย	① พุทธ
(พ.ศ.)	① ชาย	② คู่ / หม้าย / หย่า	② จีน	② จีน	② คริสต์
...../...../.....	② หญิง	③ นักบวช	③ ลาว	③ ลาว	③ อิสลาม
	⑨ ไม่ระบุ	⑨ ไม่ระบุ	⑧ อื่นๆ	⑧ อื่นๆ	⑧ อื่นๆ
			⑨ ไม่ระบุ	⑨ ไม่ระบุ	⑨ ไม่ระบุ
10. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			11. ที่อยู่ที่ติดต่อได้		
บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....			บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....		
ตำบล.....อำเภอ.....			ตำบล.....อำเภอ.....		
จังหวัด.....			จังหวัด.....		
โทร.....			โทร.....		
รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....			รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....		
12. Card No.		13. วันที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง		14. อายุ ณ.(วันที่วินิจฉัย)	
.....	 / /ปี	
15. วิธีวินิจฉัย		16. ชิ้นเนื้อในโรงพยาบาล		17. ชิ้นเนื้อนอกโรงพยาบาล	
ใน ร.พ นอก ร.พ.		หมายเลขชิ้นเนื้อ		หมายเลขชิ้นเนื้อ	
① มรณะบัตร	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ว/ด/ป ที่ตัด		ว/ด/ป ที่ตัด	
① ซักประวัติและตรวจร่างกาย	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ว/ด/ป ที่อ่าน...../...../.....		ว/ด/ป ที่อ่าน...../...../.....	
② รังสีวินิจฉัย ต่อก้อง Ultrasound	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
③ ผ่าตัดหรือผ่าศพ โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. ตำแหน่งวัยะที่เป็น		Laterality	
④ Specific Biochem/ Immuno.test	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① Right	
⑤ ตรวจทางเซลล์หรือการตรวจเลือด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		② Left	
⑥ ตรวจชิ้นเนื้ออกที่แพร่กระจาย	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ครั้งที่ เป็น <input type="checkbox"/> 0 Primary		③ Bilateral	
⑦ ตรวจเนื้องอกปฐมภูมิ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 Recurrent		④ Unilateral	
⑧ ผ่าศพและมีผลชิ้นเนื้อ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			⑨ Unknown	
19. ผลทางพยาธิวิทยา		20. Behaviour		21. Grade	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① Benign		① Well differentiated	
.....		① Uncertain , benign / malignant		② Moderately differ'd	
.....		② In Situ		③ Poorly differ'd	
.....		③ Malignant		④ Undifferentiated	
.....		⑨ R/O CA		⑤ Positive T - Cell	
.....				⑥ Positive B - Cell	
.....				⑦ Null cell (Non T - Non B)	
.....				⑧ NK cell (natural killer)	
.....				⑨ Not stated or not applicable	

22. T N M	23. Stage	24. Extend	25. Metastasis
T.....N.....M..... ว/ด/ป ที่ TNM / Stage (พ.ศ.) /...../.....	<input type="radio"/> Stage 0 <input type="radio"/> Stage 1 <input type="radio"/> Stage 2 <input type="radio"/> Stage 3 <input type="radio"/> Stage 4 <input type="radio"/> Not known	<input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Localized <input type="radio"/> Direct extension <input type="radio"/> Regional lymph nodes <input type="radio"/> Distant metastasis <input type="radio"/> Not applicable <input type="radio"/> Not known	<input type="radio"/> Bone <input type="radio"/> Brain <input type="radio"/> Liver <input type="radio"/> Lung <input type="radio"/> Lymph Node <input type="radio"/> Peritoneum <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> Not known

26. สภาพที่เป็นอยู่ล่าสุด	27. วันที่ติดต่อล่าสุด	28. วันที่เสียชีวิต	29. สาเหตุการเสียชีวิต
<input type="radio"/> ยังมีชีวิต <input type="radio"/> เสียชีวิต <input type="radio"/> ไม่ระบุ/...../...../...../.....	<input type="radio"/> โรคมะเร็ง <input type="radio"/> โรคอื่นๆ <input type="radio"/> ไม่ระบุ

30. Refer มาจาก.....วัน เดือน ปี...../...../.....	31. Refer ไปยัง.....วัน เดือน ปี...../...../.....
สาเหตุ 1. <input type="checkbox"/> วินิจฉัยเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ส่งชิ้นเนื้อ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Bone Scan <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... 2. <input type="checkbox"/> รักษาต่อ <input type="checkbox"/> รังสี <input type="checkbox"/> ผ่าตัด <input type="checkbox"/> เคมี <input type="checkbox"/> อื่น..... 3. <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ 4. <input type="checkbox"/> ความต้องการญาติ 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	สาเหตุ 1. <input type="checkbox"/> วินิจฉัยเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ส่งชิ้นเนื้อ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Bone Scan <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... 2. <input type="checkbox"/> รักษาต่อ <input type="checkbox"/> รังสี <input type="checkbox"/> ผ่าตัด <input type="checkbox"/> เคมี <input type="checkbox"/> อื่น..... 3. <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ 4. <input type="checkbox"/> ความต้องการญาติ 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

32. วิธีการรักษา

ชื่อโรงพยาบาล.....ว.ด.ป.(เริ่มการรักษาประเภทนี้)...../...../.....ว.ด.ป.(สิ้นสุดการรักษาประเภทนี้)...../...../.....

วันที่ตัดสินใจรักษา...../...../..... Dr.IDDr. Name

การรักษาที่ได้รับ Surgery Radiation Chemotherapy Hormone Immo. supportive Interventional
 Targeted therapy Other Concurrent RT Palliative care Intraop Operative Radiation

รายละเอียดการรักษา.....

สิทธิการรักษา เงินสด ต้นสังกัด ประกันสังคม U/C

32. วิธีการรักษา

ชื่อโรงพยาบาล.....ว.ด.ป.(เริ่มการรักษาประเภทนี้)...../...../.....ว.ด.ป.(สิ้นสุดการรักษาประเภทนี้)...../...../.....

วันที่ตัดสินใจรักษา...../...../..... Dr.IDDr. Name

การรักษาที่ได้รับ Surgery Radiation Chemotherapy Hormone Immo. supportive Interventional
 Targeted therapy Other Concurrent RT Palliative care Intraop Operative Radiation

รายละเอียดการรักษา.....

สิทธิการรักษา เงินสด ต้นสังกัด ประกันสังคม U/C

(ชื่อ).....ผู้คัดลอก	(ชื่อ).....ผู้ลงทะเบียนโรค	(ชื่อ).....ผู้บันทึกข้อมูล
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....