

HOSPCODE:   
 (รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

PID:   
 (รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)



### Diagnosis and Treatment

1. Clinical suspected CCA  0. No  1. Yes (กรณีมาด้วยอาการแสดง)

2. US/CT/MRI or MRCP for CCA  0. Negative  1. Positive Date: / / 2 5

3. Tumor site  1. Intrahepatic CCA  2. Perihilar CCA  3. Distal CCA  
 4. Not CCA, please specify ..... (ICD-10: .....)

4. Date of Visit /Admission / / 2 5   1. OPD only (skip to no.5.5 or 6)  2. IPD

5. Treatment Date of Treatment

5.1 Surgery

- 1. Liver resection
  - 1.1 Rt.  1.2 Lt.  1.3 S1
  - 1.4 Extended Rt.  1.5 Extended Lt.
  - 1.6 Rt. Trisection  1.7 Lt. Trisection
  - 1.8 Non-anatomical  1.9 Others.....

/ / 2 5

2. Hilar resection / / 2 5

3. Bypass / / 2 5

4. Exploratory laparotomy +/- biopsy / / 2 5

5. Needle biopsy / / 2 5

6. Whipple's operation or PPPD or PD / / 2 5

5.2 Chemotherapy

- 1. Adjuvant
- 2. Palliative

/ / 2 5

/ / 2 5

5.3 PTBD

- 1. Pre-op therapy  2. Palliative

/ / 2 5

5.4 Endoscopic Stent

- 1. Pre-op therapy  2. Palliative

/ / 2 5

5.5 Medication Treatment

- 1. IV  2. Antibiotic
- 3. Others.....

/ / 2 5

6. Best supportive Treatment  1. Yes  2. No Date: / / 2 5

(ในผู้ป่วยที่ไม่มีการทำ Further investigations หรือสิ้นสุดการวินิจฉัยรักษา แล้วไม่มีหัตถการอื่นๆ และผู้ป่วยที่รักษาตามอาการด้วยยาต่างๆ (Supportive care))

7. Results  0. Dead  1. Discharged  2. Referred to..... Date: / / 2 5

8. Complication (Thick all that apply)

- 1. None
- 2. Cholangitis  3. Liver failure  4. Pancreatitis  5. Renal failure
- 6. Pleural effusion  7. Intra-abdominal bleeding  8. Wound infection  9. Ascites
- 10. Prolonged bile leakage  11. Others, please specify.....

9. Alternative treatment

1. .... Date: / / 2 5

2. .... Date: / / 2 5

Doctor

Date completed: / / 2 5

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา (เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

Form completed by.....

Date completed: / / 2 5