

HOSPCODE:

(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

PID:

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)



หากค้นหาผู้ป่วยด้วยรหัสประจำตัว 13 หลักใน www.cascap.in.th แล้วไม่พบ กรุณาขอใบยินยอมเข้าโครงการ CASCAP และบันทึก CCA-01

Diagnosis and Treatment at the 1st visit

©Part A: Diagnosis

1. CT/MRI or MRCP for CCA ₀. Negative ₁. Positive Date / /

2. Surgical Treatment ₀. Not done (skip to no.5) ₁. Done (continue to no.3)

Date / /

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

4. Clinical Staging (โปรดระบุ) T=..... N=..... M=.....

©Part B: Treatment

5. Date of Visit /Admission / / ₁. OPD only (skip to no.7) ₂. IPD

6. Treatment	Protocols	Date of Treatment
6.1 Surgery		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₁ . Liver resection	<input type="checkbox"/> _{1.1} Rt. <input type="checkbox"/> _{1.2} Lt. <input type="checkbox"/> _{1.3} S1 <input type="checkbox"/> _{1.4} Extended Rt. <input type="checkbox"/> _{1.5} Extended Lt. <input type="checkbox"/> _{1.6} Rt. Trisection <input type="checkbox"/> _{1.7} Lt. Trisection <input type="checkbox"/> _{1.8} Non-anatomical <input type="checkbox"/> _{1.9} Others.....	
<input type="checkbox"/> ₂ . Hilar resection		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₃ . Bypass		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₄ . Exploratory laparotomy +/- biopsy		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ₅ . Whipple's operation		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.2 Chemotherapy	<input type="checkbox"/> ₁ . Adjuvant <input type="checkbox"/> ₂ . Palliative	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.3 PTBD	<input type="checkbox"/> ₁ . Pre-op therapy <input type="checkbox"/> ₂ . Palliative	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.4 Endoscopic Stent	<input type="checkbox"/> ₁ . Pre-op therapy <input type="checkbox"/> ₂ . Palliative	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.5 Medication Treatment	<input type="checkbox"/> ₁ . IV <input type="checkbox"/> ₂ . Antibiotic <input type="checkbox"/> ₃ . Others.....	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Best supportive Treatment	<input type="checkbox"/> ₁ . Yes <input type="checkbox"/> ₂ . No Date:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Results	<input type="checkbox"/> ₀ . Death <input type="checkbox"/> ₁ . Discharged <input type="checkbox"/> ₂ . Referred to..... Date:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Doctor	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date completed	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>