

Site ID :
 (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	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <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"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. Bypass	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <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"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5. Needle biopsy	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 6. Whipple's operation or PPPD or PD	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
5.2 Chemotherapy	
<input type="checkbox"/> 1. Adjuvant	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2. Palliative	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
5.3 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"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
5.4 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"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
5.5 Medication Treatment	
<input type="checkbox"/> 1. IV <input type="checkbox"/> 2. Antibiotic	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. Others.....	

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