

CASCAP: Cholangiocarcinoma Screening and Care Program

CCA-03

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 / / 2 5
 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. 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 5

2. Palliative / / 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 / / 2 5

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