

Site ID :
 (รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

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


Post operation Follow-up Form*

1. Date of follow up / visit

/ /
d d m m y y y y

1. มารับการตรวจที่โรงพยาบาล
 2. โทรศัพท์ติดต่อ

- Status: 1. Remain in the study
- 1.1 Healthy
 - 1.2 Recurrent disease
 - 1.3 Progress disease
2. Withdrawn consent
3. Loss to follow-up >3 months after the appointment
4. Dead; Date / /
d d m m y y y y

Cause of dead.....

2. ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นก่อนมาพบแพทย์

1. ไม่ได้ไป 2. ไป โปรดระบุ (รพ./คลินิก)

3. โรคร่วม (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. None 2. DM
 3. Hypertension 4. Heart disease
 5. Others, please specify

4. อาการแทรกซ้อน (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

 Completed by..... Date : / /
 ชื่อ (รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

- * หมายเหตุ: 1. ติดตามผู้ป่วย 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัดและติดตามทุก 6 เดือนเป็นเวลา 5 ปี
 2. เกิน 1 ปี ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล ให้ติดตามผู้ป่วย
 3. กรณีสิ้นสุดโครงการ (ครบ 5 ปี) ให้ติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบ 5 ปี