

HOSPCODE:
 (Code assigned by the MOPH)

PID:
 (Code obtained from www.cascap.in.th)



Follow-up Treatment Form

1. Date of Visit /Admission / ₁. OPD only (skip to no.3) ₂. IPD

2. Treatment	Protocols	Date of Treatment
2.1 Surgery		
<input type="checkbox"/> ₁ Liver resection		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<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"/> ₂ Hilar resection		<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="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="checkbox"/> ₅ Whipple's operation		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.2 Chemotherapy		
	<input type="checkbox"/> ₁ Adjuvant	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₂ Palliative	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.3 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"/>
2.4 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"/>
2.5 Medication treatment		
	<input type="checkbox"/> ₁ IV <input type="checkbox"/> ₂ Antibiotic	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₃ Others.....	
2.6 Alternative medicine		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. 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"/>		
4. Results <input type="checkbox"/> ₀ . Death, specify cause Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<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"/>		

Doctor Date completed /
Doctor name (License code)