

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 ประวัติคณะผู้วิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	UDOMSAK BUNWORASATE, M.D
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	3-1008-00027-57-8
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์	0-2256-4564
โทรสาร	0-2253-9466
e-mail:	ubunworasate@gmail.com
2. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.สุรเดช หงส์อิง
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	SURADEJ HONGENG, M.D.
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	3-1020-02582-92-4
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	0-2201-1495
โทรสาร	0-2201-1495
e-mail:	rashe@mahidol.ac.th
3. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.ธานีทร์ อินทรกำธรชัย
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	TANIN INTRAGUMTORNCHAI, M.D.
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	3-1001-00201-93-1
ตำแหน่งปัจจุบัน	ศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์	0-2256-4564
โทรสาร	0-2253-9466
e-mail:	tanin.i@chula.ac.th

4. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	พญ.แสงสุรีย์ จูทา
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	SAENGSUREE JOOTAR
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	ศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	0-2201-1748
โทรสาร	0-2201-1748
e-mail:	rasjr@mahidol.ac.th
5. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.สุภร จันท์จารุณี
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	SUPORN CHUNCHARUNEE
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	
โทรสาร	
e-mail:	rashb@mahidol.ac.th
6. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.อาทิตย์ อังกานนท์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	ARTIT UNGKANONT
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	3-1017-02282-00-1
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	0-2201-1117
โทรสาร	0-2201-1117
e-mail:	raauk@mahidol.ac.th
7. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.สามารถ ภคกษมา
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Samart Pakakasama, MD
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	3-1006-00533-33-0

ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	รองศาสตราจารย์ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	0-2201-1495, 08-9449-6976
โทรสาร	0-2201-1495
e-mail:	rasam@mahidol.ac.th
8. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	นพ.ธัญชัย สุระ รองศาสตราจารย์ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	
โทรสาร	
e-mail:	
9. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	นพ.สุรพล อิศรไกรศีล ศาสตราจารย์ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริ ราชพยาบาล 2 พรานนก บางกอกน้อย กรุงเทพ 10700
โทรศัพท์	
โทรสาร	
e-mail:	
10. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	นพ.สุรพล เวียงนนท์ Surapon Wiangnon, M.D. 4-4599-00001-13-2 รองศาสตราจารย์ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น

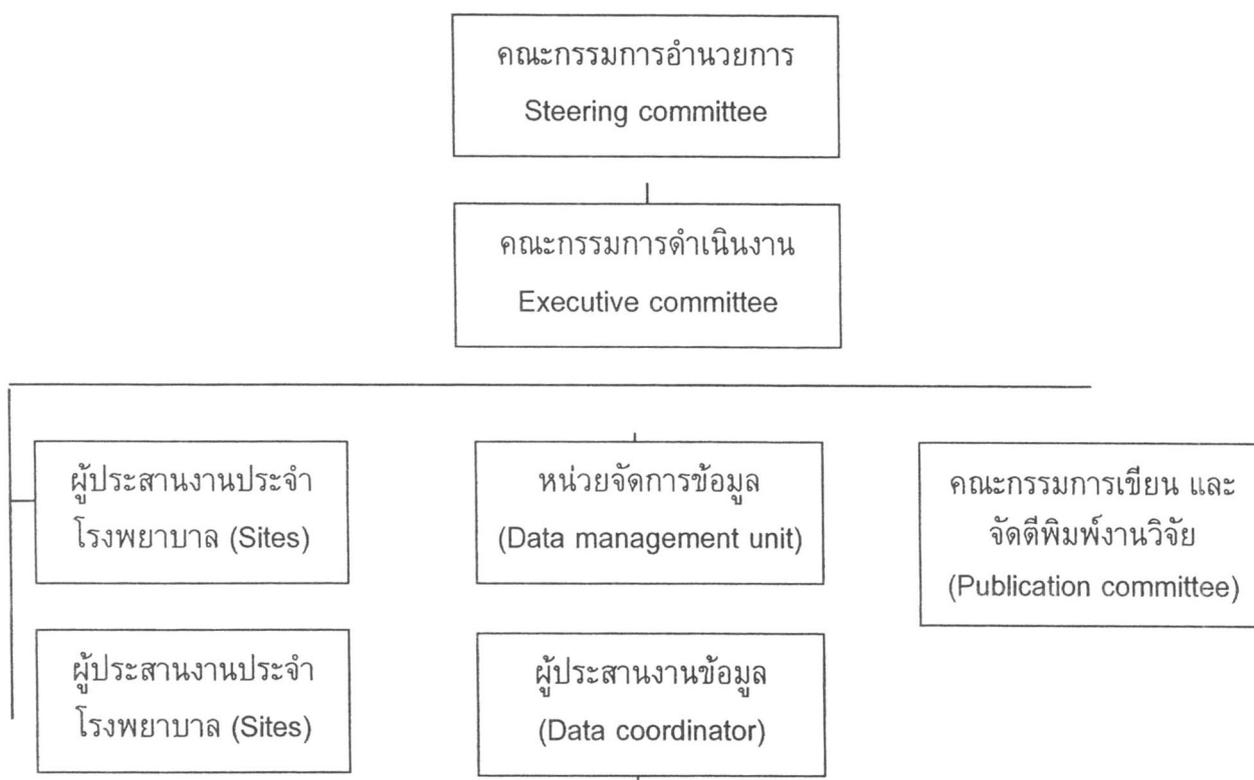
	40000
โทรศัพท์	0-8971-5030
โทรสาร	-
e-mail:	surapon@kku.ac.th
11. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นพ.วิเชียร มงคลศรีตระกูล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	หน่วยโลหิตวิทยา กองอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า พญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์	-
โทรสาร	-
e-mail:	=
12. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Nilawan Upakdee, Ph. D.
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
โทรศัพท์	081-688 3504
โทรสาร	-
e-mail:	nilawanu@nu.ac.th
13. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	รศ. ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Nathorn Chaiyakunapruk, Pharm D., Ph. D.
เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองศาสตราจารย์
หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
โทรศัพท์	08-4009-4460
โทรสาร	-
e-mail:	nui_nathorn@hotmail.com

ภาคผนวก 2 โครงสร้างการจัดการโครงการ

ชื่อโครงการ: การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียโดยใช้ conditioning regimen แบบ reduced intensity เพื่อเป็นแบบแผนในการศึกษา cost effectiveness analysis เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคองโดยการให้เลือดแบบ hypertransfusion และ iron chelation program

1. รายละเอียดโครงสร้างการจัดการ

1.1 โดยมีโครงสร้างดังต่อไปนี้



คณะกรรมการอำนวยการ (Steering committee)

ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ศ. ธานินทร์ อินทรกำธรชัย | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ. อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รศ. สุรเดช หงส์อิง | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 4. ศ. แสงสุรีย์ จุฑา | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 5. รศ. สุภร จันทร์จากรุณี | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 6. รศ. อาทิตย์ อังกานนท์ | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 7. รศ. สามารถ ภคกษมา | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |

8. รศ. ฉันทชัย สุระ	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
9. ศ. สุรพล อิศรไกรศีล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
10. รศ. สุรพล เวียงนนท์	คณะแพทยศาสตร์ รพ.ศรีนครินทร์
11. รศ. วิเชียร มงคลศรีตระกูล	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- เป็นเจ้าของโครงการและเจ้าของฐานข้อมูล
- ติดตามความก้าวหน้าของโครงการ
- ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงการวิจัย
- กำกับดูแล ให้คำแนะนำและประเมินการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการชุดต่าง ๆ
- อนุมัติการเปิดเผยข้อมูล หรือการนำข้อมูลไปใช้

คณะกรรมการดำเนินการ (Executive committee)

ประธาน : รศ. สุรเดช หงส์อิง

กรรมการ :

1. ผศ. อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์
2. รศ. อาทิตย์ อังกานนท์
3. ศ. สุรพล อิศรไกรศีล
4. รศ. สุรพล เวียงนนท์
5. รศ. วิเชียร มงคลศรีตระกูล
6. รศ. ดร. ณิชร ชัยญาคุณาพฤษ์

บทบาทหน้าที่

- เขียนโครงการของบประมาณการดำเนินงาน
- วางแผนงานการดำเนินการ
- ดำเนินการตามโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และแผนงาน
- ประสานงานระหว่างสถาบัน
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ดำเนินการ
- จัดทำคู่มือและแบบกรอกข้อมูล
- ทำ QA
- เป็นส่วนของกลุ่มนิเทศงานระหว่างสถาบัน
- กำกับดูแลการทำงานผู้ประสานงานข้อมูล
- กำกับดูแลคณะกรรมการเขียนและจัดตีพิมพ์งานวิจัย
- กำกับดูแลการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล
- มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ดำเนินการของแต่ละสถาบัน/โรงพยาบาล

ประกอบด้วย

นักวิจัยหลักประจำสถาบัน

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผศ. อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ. อาทิตย์ อังกานนท์ | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 3. ศ. สุรพล อิศรไกรศีล | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 4. รศ. สุรพล เวียงนนท์ | คณะแพทยศาสตร์ รพ.ศรีนครินทร์ |
| 5. รศ. วิเชียร มงคลศรีตระกูล | วิทยาแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า |
| 6. รศ. นพ. สามารถ ภคกษมา | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี |
| 7. รศ. พญ. กาญจนา จันทร์สูง | คณะแพทยศาสตร์ รพ.ศรีนครินทร์ |

บทบาทหน้าที่

- มีส่วนร่วมในการตั้งคำถามงานวิจัย
- case identification เลือกผู้ป่วยตามข้อกำหนดเพื่อเก็บข้อมูล
- กำกับดูแลการลงข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง
- ประสานงานกับคณะกรรมการดำเนินการและ/หรือผู้ประสานข้อมูลกรณีมีปัญหา
- มีส่วนร่วมเสนอแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนผลงานวิจัย

พยาบาล แห่งละ อย่างน้อย 1 ท่าน

บทบาทหน้าที่

- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
- ส่งข้อมูลไปยังหน่วยบริหารจัดการข้อมูล
- ประสานงานกับส่วนกลางผู้ประสานงานข้อมูลกรณีมีปัญหาด้านข้อมูล

1.2 หน่วยจัดการข้อมูล

ผู้จัดการระบบ เป็นนักชีวสถิติ คุณนิลทิศา ศรีไพบูลย์กิจ

บทบาทหน้าที่

- design data management plan
- research nurse training, eg. CRF training, data transportation and auditing
- database setup
- CRF coding design
- data collection and transportation manuals
- data entry and validation
- communication with site
- QC data management operation
- SOP for data management



- routine data monitoring reports
- data cleaning & data base close up

Statistical analysis

- preparing of data for statistical analysis
- statistical analysis plan
- perform statistical analysis
- QC statistical analysis
- generate data analysis reports
- approve data management and analysis plan

Monitoring activities

- data monitoring as plan

1.3 การกำกับและควบคุมคุณภาพ (Quality assurance system)

1. การ monitor และ audit ทั้งโครงการ โดย CRCN (เป็น บุคคลภายนอก)
2. การ monitor และ audit ข้อมูล โดย หน่วยบริหารจัดการข้อมูล ประกอบด้วย
 - i) regular monitoring report, ii) data audit by comparing CRF with source document and iii) compliance to protocol
3. การ monitor และ audit การดำเนินงานของโครงการ โดย เจ้าของโครงการเอง

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล Data analysis

- ผู้ร่วมวิจัยและที่ปรึกษาทางระบาดวิทยาร่วมตั้งคำถามและกำกับการวิเคราะห์ข้อมูล
- หน่วยบริหารจัดการข้อมูล เป็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์

ภาคผนวก 3 รายชื่อนักวิจัย/ผู้ประสานงานประจำโครงการ/สถาบัน

ประกอบด้วยชื่อ หัวหน้าโครงการ ผู้ประสานงานโครงการ นักชีวสถิติ นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
นักวิจัยหลัก นักวิจัยรอง ผู้ประสานงานประจำสถาบัน

ชื่อสถาบัน	รายชื่อ	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์ / อีเมล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผศ. อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์	นักวิจัย	ubunworasate@gmail.com
ศิริราชพยาบาล	ศ. สุรพล อิศรโกศล	นักวิจัย	
รามาริบัติ	รศ. อาทิตย์ อังกานนท์	นักวิจัย	raauk@mahidol.ac.th
ศรีนครินทร์ ขอนแก่น	รศ. สุรพล เวียงนนท์	นักวิจัย	surapon@kku.ac.th
ศรีนครินทร์ ขอนแก่น	รศ. พญ. กาญจนา จันทร์สูง	นักวิจัย	
พระมงกุฎเกล้า	รศ. วิเชียร มงคลศรีตระกูล	นักวิจัย	
รามาริบัติ	รศ.สามารถ ภาคขมา	นักวิจัย	rasam@mahidol.ac.th
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ดร. นิลวรรณ อยู่ภักดี	นักวิจัยและนัก เศรษฐศาสตร์	nilawanu@nu.ac.th
มหาวิทยาลัยนเรศวร	รศ. ดร. ณธร์ ชัยญาคุณา พฤกษ์	นักวิจัยและนัก เศรษฐศาสตร์	nui_nathorn@hotmail.com
รามาริบัติ	น.ส. นิลทิศา ศรีไพบุสย์กิจ	นักชีวสถิติ/ผู้ ประสานงาน	nintitas@yahoo.com

ภาคผนวก 4 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล

4.1 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการทำปลูกถ่ายเซลล์เม็ดต้นกำเนิด

ThalSCT	ThalSCT01 Case Record Form	Version 2.0: Jan 20, 2011	Page 1/5
โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคลมอัสซีเมีย			
Initials number <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"/> (name-sur) (date of birth : dd/mm/yyyy)		Unique Patient Number <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (site id) (site running number)	
1. REPORT AND PATIENT IDENTIFICATION			
Date of this report	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
SEX	<input type="checkbox"/> 1. Male	<input type="checkbox"/> 2. Female	
Ethnicity:	<input type="checkbox"/> 1. Thai	<input type="checkbox"/> 2. Chinese	<input type="checkbox"/> 3. Thai/Chinese <input type="checkbox"/> 4. Other
Blood group	<input type="checkbox"/> 1. A	<input type="checkbox"/> 2. B	<input type="checkbox"/> 3. AB <input type="checkbox"/> 4. O
2. DISEASE			
Date of diagnosis	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Diagnosis	<input type="checkbox"/> 1. β ⁰	<input type="checkbox"/> 2. β ⁻	<input type="checkbox"/> 3. β/E <input type="checkbox"/> 4. Other thalassemia specify:.....
3. HSCT (Performance score system -pre-HSCT)			
Date of HSCT	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
score	<input type="checkbox"/> 10 (Moribund)	<input type="checkbox"/> 20 (Very sick)	<input type="checkbox"/> 30 (Severely disabled)
	<input type="checkbox"/> 40 (Disabled)	<input type="checkbox"/> 50 (Requires assistance)	<input type="checkbox"/> 60 (Requires occasional assistance)
	<input type="checkbox"/> 70 (Cares for self)	<input type="checkbox"/> 80 (Normal with effort)	<input type="checkbox"/> 90 (Normal activity)
	<input type="checkbox"/> 100 (Normal, NED)	<input type="checkbox"/> Not evaluated	<input type="checkbox"/> Unknown
3.1 Pre-HSCT main clinical features			
Splenomegaly	<input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Present: Spleen size (cm under costal margin):.....	<input type="checkbox"/> NA
Hepatomegaly	<input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Present: Liver size (cm under costal margin):.....	
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes: →	<input type="checkbox"/> Insulin required occasionally <input type="checkbox"/> Insulin required regularly
3.2 Red Blood cell immunization			
	<input type="checkbox"/> Present	<input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Not evaluated
3.3 Type of HSCT (Allogeneic)			
Patient CMV status	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Not evaluated <input type="checkbox"/> Unknown
If yes, replicate and fill the Donor below as many times as			
Donor (allogeneic only)			
HLA match type	<input type="checkbox"/> 5/6	<input type="checkbox"/> 6/6	
Donor sex	<input type="checkbox"/> 1. male	<input type="checkbox"/> 2. female	
Donor CMV status	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Not evaluated <input type="checkbox"/> Unknown
3.4 Source of stem cell			
	<input type="checkbox"/> BM	<input type="checkbox"/> Peripheral blood	
Chronological no. of HSCT for this patient	<input type="text"/> <input type="text"/> times		
Date of most recent previous HSCT:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Initials number

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(name-sur) (date of birth: dd/mm/yyyy)

Unique Patient Number

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(site id) (site running number)

3.5 Number of cells infused by type

Nucleates cells (/kg*)	<input type="checkbox"/> 1. yes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2. Not evaluated	<input type="checkbox"/> 3. Unknown															
CD 34+ (cells/kg*)	<input type="checkbox"/> 1. yes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2. Not evaluated	<input type="checkbox"/> 3. Unknown															
CD 3+ (cells/kg*)	<input type="checkbox"/> 1. yes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2. Not evaluated	<input type="checkbox"/> 3. Unknown															

4. STATUS OF DISEASE AT HSCT

Date of HSCT: / /

Splenectomy 1. No 2. Yes, Date / /

RBC Transfusion 1. No 2. Yes, Age at transfusion (months):

Total number of RBC units transfused

Ferritin 1. No 2. Yes (mg/dl)

4.1 Liver function
Evidence of hepatitis or other liver disease

1. No 2. Yes → 1. Hepatitis B 2. Hepatitis C
 3. Hepatitis unspecified 4. Other, specify.....

Liver biopsy performed 1. No 2. Yes

Results of liver biopsy

Hepatitis 1. Chronic persistent hepatitis 2. Chronic active hepatitis 3. Absent

Siderosis 1. Present → 1. Mild 2. Moderate 3. Severe
 2. Absent

Fibrosis 1. Present
 1. Present without bridging
 2. Present with complete porto-portal and/or porto-central bridging
 3. Present with cirrhosis
 2. Absent

4.2 Cardiac Function

History of cardiac insufficiency: 1. No
 2. Yes: Therapy: 1. No 2. yes 3. Unknown

4.3 Other clinically significant organ involvement:

1. No 2. Yes: Specify.....

4.4 Class

1: No hepatomegaly (or <3 cm), No fibrosis, Regular chelation
 2: One or two of these conditions
 3: Hepatomegaly (≥3 cm), Fibrosis, and Irregular chelation

Initials number

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(name-sur) (date of birth: dd/mm/yyyy)

Unique Patient Number

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(site id) (site running number)

5. AFTER HSCT
5.1 Absolute Neutrophil Count (ANC) recovery (engraftment)

- 1.No: Date of last assessment / /
- 2.Yes: Date of ANC recovery $\geq 500/\text{mm}^3$ (first of 3 consecutive days) / /
- 3.Last graft
- 4.Never below
- 5.Unknown

5.2 Graft Performance (compulsory for CIMTR Research centres)

Platelet reconstitution (Platelets $\geq 20 \times 10^9/\text{l}$; first of 3 consecutive days)

- 1.Yes: Date Platelets $\geq 20 \times 10^9/\text{l}$ / /
- 2.Never below this level
- 3.Unknown

5.3 Acute Graft Versus Host Disease (Allografts only)

Maximum Grade:

- 0.0 (none) 1.I 2.II 3.III 4.IV
- 5.Present but grade unknown

5.4 Chronic Graft Versus Host Disease

- 1.No 2.Yes \rightarrow specified Date / /
- \rightarrow 1. Limited 2. Extensive

6. ADDITIONAL TREATMENT INCLUDING CELL INFUSED
6.1 Cell infusion (CI) (not HSCT or autologous stem cell re-infusion)

- 1.No 2.Yes \rightarrow Date of first infusion / / (same for the same as HSCT date)

6.2 Type of cell (s): (check all that apply)

1. Lymphocyte 2. Mesenchymal 3. Other, specify.....

6.3 Chronological no. of CI for this patient : Indication: (check all that apply)

1. Loss/decrease chimerism 2. Mixed chimerism
3. Treatment of GvHD 4. Other, specify.....

6.4 Number of infusion within 10 weeks times.

- Nucleated cells ($/\text{kg}^*$) 1. Yes $\times 10^6$ 2. Unknown
- CD34+ (cells/ kg^*) 1. Yes $\times 10^6$ 2. Unknown
- T-cells (cells/ kg^*) if known 1. Yes $\times 10^6$ 2. Unknown %g of recipient body weight

7.COMPLICATION
7.1 Infection related complication

- Bacteremia 1.No 2. Yes s specify..... 3.Unknown

Initials number <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"/> (name-sur) (date of birth: dd/mm/yyyy)	Unique Patient Number <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (site id) (site running number)
--	---

<input type="checkbox"/> Cardiac Toxicity <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Veno occlusive disorder	<input type="checkbox"/> Rejection/Poor graft function <input type="checkbox"/> Pulmonary toxicity <input type="checkbox"/> Non transplant related specify.....
---	---

3. Unknown
 4. Other:.....

9.4 Last disease status

<input type="checkbox"/> No transfusion <input type="checkbox"/> Transfusions required (=autologous reconstitution, 0% donor cells)	<input type="checkbox"/> Full engraftment (100% donor cells) <input type="checkbox"/> Mixed chimera <input type="checkbox"/> Unknown
--	--

9.5 Conception
 Has patient or partner become pregnant after this HSCT?

1.No 2.Yes 3.Unknown

9.6 Performance score system (post-HSCT: last contact)

<input type="checkbox"/> 1.Karnofsky ≥ 16 years score <input type="checkbox"/> 10 (moribund) <input type="checkbox"/> 40 (Disabled) <input type="checkbox"/> 70 (Cares for self) <input type="checkbox"/> 100 (Normal, NED)	<input type="checkbox"/> 2.Lansky < 16 years <input type="checkbox"/> 20 (Very sick) <input type="checkbox"/> 50 (Requires assistance) <input type="checkbox"/> 80 (Normal with effort) <input type="checkbox"/> Not evaluated	<input type="checkbox"/> 30 (Severely disabled) <input type="checkbox"/> 60 (Requires occasional assistance) <input type="checkbox"/> 90 (Normal activity) <input type="checkbox"/> Unknown
---	--	--

10. Final Status

10.1 Lost Follow up → 1.No 2.Yes

10.2. Status last Follow up date / / 25 (last follow up of date of death)

<input type="checkbox"/> 1. Alive → <input type="checkbox"/> 1. free of disease <input type="checkbox"/> 2. Death → <input type="checkbox"/> 1.death of disease <input type="checkbox"/> 3. Unknown	<input type="checkbox"/> 2.with disease <input type="checkbox"/> 2.others causes; specify.....	<input type="checkbox"/> 3.alive, NOS <input type="checkbox"/> 3.death, NOS
---	---	--

Note:

.....

.....

.....

Contact person (name):	Date prepared : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Doctor verification (name):	Date verify : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4.2 แบบคัดกรอง ผู้ป่วยและญาติ

ThaISCT	ThaISCT02_Screening form	Version1.0: April 30, 2009	Page 1/2
โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดโลหิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งชนิดเม็ด			
Initials number <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"/> <small>(name-sur) (date of birth : dd/mm/yyyy)</small>		Unique Patient Number <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(site id) (site running number)</small>	
Part A: Patient Characteristics			
Sex	<input type="checkbox"/> 1.Male	<input type="checkbox"/> 2.Female	Address (province):
Date of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 25 <input type="text"/> <input type="text"/>		
Ethnicity:	<input type="checkbox"/> 1.Thai	<input type="checkbox"/> 2.Chinese	<input type="checkbox"/> 3. Thai/Chinese <input type="checkbox"/> 4. Other
specify.....			
รายได้รวมของครอบครัว (1ปี) (บาท)			
<input type="checkbox"/> 1. <60,000	<input type="checkbox"/> 2. 60,000-<240,000	<input type="checkbox"/> 3. 240,000 - <600,000	<input type="checkbox"/> >600,000 (จำนวนสมาชิก <input type="text"/> <input type="text"/> คน)
Part B: Relative Characteristics			
B1: ครั้งที่ 1 วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 25 <input type="text"/> <input type="text"/> จำนวนญาติ / คนที่เดินทางมาด้วยทั้งหมด <input type="text"/> <input type="text"/> คน			
ที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	จังหวัดที่เดินทาง	ผลการตรวจ HLA
1			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
2			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
3			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
4			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
6			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
7			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
8			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
9			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
10			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
B2: ครั้งที่ 2 วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 25 <input type="text"/> <input type="text"/> จำนวนญาติ / คนที่เดินทางมาด้วยทั้งหมด <input type="text"/> <input type="text"/> คน			
ที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	จังหวัดที่เดินทาง	ผลการตรวจ HLA
1			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
2			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
3			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
4			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
6			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
7			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
8			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
9			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated
10			<input type="checkbox"/> 1.Match <input type="checkbox"/> 2.Mismatch <input type="checkbox"/> 3.Not evaluated

B3: ครั้งที่ 3 วันที่ / /25 จำนวนญาติ / คนที่เดินทางมาด้วยทั้งหมด คน

ที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	จังหวัดที่เดินทาง	อายุของญาติ	ผลการตรวจ HLA
1			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
2			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
3			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
4			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
6			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
7			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
8			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
9			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
10			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated

B4: ครั้งที่ 4 วันที่ / /25 จำนวนญาติ / คนที่เดินทางมาด้วยทั้งหมด คน

ที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	จังหวัดที่เดินทาง	อายุของญาติ	ผลการตรวจ HLA
1			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
2			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
3			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
4			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
6			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
7			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
8			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
9			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated
10			<input type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 1 Match <input type="checkbox"/> 2 Mismatch <input type="checkbox"/> 3 Not evaluated

Note:

Contact person (name):	Date prepared : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Doctor verification (name):	Date verify : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4.3 แบบสำรวจภาวะสุขภาพ EQ5D

ThalSCT	ThalSCT04_ภาวะสุขภาพ EQ5D	Page 1/2
โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งซีมีเอ		
Interview Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>(dd/mm/yyyy)</small>	Patient Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<h3 style="margin: 0;">แบบสำรวจภาวะสุขภาพ EQ5D</h3>		
<p>กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยมของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันเนื้มากที่สุด</p>		
<p>1. การเคลื่อนไหว</p>		
ก. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน	<input type="checkbox"/>	
ข. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง	<input type="checkbox"/>	
ค. ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง	<input type="checkbox"/>	
<p>2. การดูแลตนเอง</p>		
ก. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง	<input type="checkbox"/>	
ข. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง	<input type="checkbox"/>	
ค. ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้	<input type="checkbox"/>	
<p>3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือ การทำกิจกรรมยามว่าง)</p>		
ก. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>	
ข. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง	<input type="checkbox"/>	
ค. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้	<input type="checkbox"/>	
<p>4. ความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย</p>		
ก. ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบาย	<input type="checkbox"/>	
ข. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายปานกลาง	<input type="checkbox"/>	
ค. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายมากที่สุด	<input type="checkbox"/>	
<p>5. ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า</p>		
ก. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	
ข. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	<input type="checkbox"/>	
ค. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด	<input type="checkbox"/>	

โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

Interview Date

□□/□□/□□□□

(dd/mm/yyyy)

Patient Code

□□□□□□

เพื่อช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของท่าน, ทางเราได้จัดทำสเกลวัดระดับสุขภาพขึ้น เริ่มตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 โดยที่ 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด และ 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน

กรุณาประเมินภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ว่าดีหรือไม่ดีเพียงไร โดยการลากเส้นจากช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างนี้ ไปยังจุดบนสเกลวัดระดับสุขภาพที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้

ภาวะสุขภาพของท่าน
ในวันนี้

ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้ดีกว่า ดีที่สุด



ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้กว่าแย่ที่สุด

4.4 แบบสำรวจสุขภาพ SF36

ThalSCT	ThalSCT03_แบบสำรวจสุขภาพ SF-36	Page 1/4																				
โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งซีเมีย																						
Interview Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>(dd/mm/yyyy)</small>	Patient Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
<h2 style="margin: 0;">แบบสำรวจสุขภาพ SF-36</h2>																						
<p>คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้สำรวจความเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณเอง ข้อมูลนี้จะช่วยคิดว่าคุณรู้สึกอย่างไร และสามารถทำกิจกรรมปกติต่างๆของคุณได้ดีเพียงใด</p> <p>โปรดตอบคำถามทุกคำถามโดยกาเครื่องหมาย (X) หน้าตัวเลือกในแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดี ให้เลือกคำตอบที่คุณคิดว่าใกล้เคียงที่สุด</p>																						
<p>1. โดยทั่วไป คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร (กาเครื่องหมายหนึ่งคำตอบ)</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> 1. ดีเลิศ</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> 2. ดีมาก</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. ดี</td> <td><input type="checkbox"/> 4. พอใช้ได้</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. ไม่ดี</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1. ดีเลิศ	<input type="checkbox"/> 2. ดีมาก	<input type="checkbox"/> 3. ดี	<input type="checkbox"/> 4. พอใช้ได้	<input type="checkbox"/> 5. ไม่ดี															
<input type="checkbox"/> 1. ดีเลิศ	<input type="checkbox"/> 2. ดีมาก																					
<input type="checkbox"/> 3. ดี	<input type="checkbox"/> 4. พอใช้ได้																					
<input type="checkbox"/> 5. ไม่ดี																						
<p>2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว คุณพูดได้ว่าสุขภาพของคุณ โดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> 1. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> 2. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว</td> <td><input type="checkbox"/> 4. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก	<input type="checkbox"/> 2. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	<input type="checkbox"/> 3. พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/> 4. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	<input type="checkbox"/> 5. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว															
<input type="checkbox"/> 1. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก	<input type="checkbox"/> 2. ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง																					
<input type="checkbox"/> 3. พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/> 4. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง																					
<input type="checkbox"/> 5. ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว																						
<p>3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณปฏิบัติในแต่ละวัน <u>คุณคิดว่าสุขภาพของคุณในตอนนี้ มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้อย่างเต็มที่หรือไม่</u> <u>ถ้ามี มีแค่ไหน?</u></p> <p style="text-align: right;">(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">กิจกรรม</th> <th style="width:15%;">ทำได้น้อยลงมาก</th> <th style="width:15%;">ทำได้นับ</th> <th style="width:10%;">ทำได้เต็มที่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ อบอุ่น ด้วยไม้กอล์ฟ เดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ง. ขึ้นบันไดหลายชั้น</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ทำได้น้อยลงมาก	ทำได้นับ	ทำได้เต็มที่	ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3	ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ อบอุ่น ด้วยไม้กอล์ฟ เดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ	1	2	3	ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	1	2	3	ง. ขึ้นบันไดหลายชั้น	1	2	3
กิจกรรม	ทำได้น้อยลงมาก	ทำได้นับ	ทำได้เต็มที่																			
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3																			
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ อบอุ่น ด้วยไม้กอล์ฟ เดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ	1	2	3																			
ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	1	2	3																			
ง. ขึ้นบันไดหลายชั้น	1	2	3																			

โครงการทะเบียนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคทาลัสซีเมีย

Interview Date

/
/

(dd/mm/yyyy)

Patient Code

กิจกรรม	ทำได้น้อยจนมาก	ทำได้บ้าง	ทำได้เต็มที่
จ. ขึ้นบันไดขั้นเดียว	1	2	3
ฉ. ก้ม ลุกเข้า หรือ โกวักโค้ง	1	2	3
ช. เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ซ. เดินครึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ฅ. เดินหนึ่งร้อยเมตร	1	2	3
ญ. จานน้ำ หรือ แดงตัวสวมเสื้อตัวเอง	1	2	3

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพโดยรวมของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ของคุณ หรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความลำบาก(เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ระมัดระวังอย่างที่เคยทำ	1	2

6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ กระทบการที่กิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านมากนักน้อยเพียงใด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ค่อย | <input type="checkbox"/> 2. เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง | <input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างมาก |
| <input type="checkbox"/> 5. มากอย่างยิ่ง | |

Interview Date

/
 /

 (dd/mm/yyyy)

Patient Code

7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการปวดตามร่างกาย รุนแรงเพียงใด

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีอาการเลย | <input type="checkbox"/> 2. มีอาการเล็กน้อยมาก |
| <input type="checkbox"/> 3. มีอาการเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> 4. มีอาการปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> 5. มีอาการมาก | <input type="checkbox"/> 6. มีอาการรุนแรงมาก |

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของคุณ รบกวนการทํางานตามปกติของคุณ (ทั้งงานที่ทํางานและงานบ้าน) เพียงใด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เลย | <input type="checkbox"/> 2. เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง | <input type="checkbox"/> 4. ค่อนข้างมาก |
| <input type="checkbox"/> 5. มากอย่างยิ่ง | |

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถามแต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่าหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหาคู่เพศตรงข้ามมาจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกสงบสบายหรือไม่	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีพลังมากมาหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหมดหัวใจหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรงหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณเป็นคนที่มีความสุขหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฌ. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	1	2	3	4	5	6

Interview Date

□□/□□/□□□□
(dd/mm/yyyy)

Patient Code

□□□□□□

10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพทางหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ ครอบคลุมการรบกวนทางสังคมตามปกติของคุณ เว้น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ่อยแค่ไหน

- 1. ตลอดเวลา
- 2. เกือบตลอดเวลา
- 3. บางครั้ง
- 4. นานๆ ครั้ง
- 5. ไม่เลย

11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยแค่ไหนสำหรับคุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ถูกต้อง อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ค่อนข้างจะ ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูก ต้องเลย
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายใจกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นๆที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



