



ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต (สำหรับผู้ที่ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

และ วุฒิบัตร อนุมัติบัตร สาขา อายุรศาสตร์โรคไต กุมารเวชศาสตร์โรคไต อื่นๆ

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จริง

1. ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจุบันรักษาที่ 1)..... 2).....

แพทย์ผู้รักษาชื่อ 1)..... เริ่มให้การรักษาตั้งแต่.....

2)..... เริ่มให้การรักษาตั้งแต่.....

2. Underlying disease ของผู้ป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ).....

Chronic Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)

Focal segmental glomerulosclerosis Membranous nephropathy Membranoproliferative GN

IgA nephropathy Mesangial proliferative IgM nephropathy

Unknown อื่น ๆ ระบุ.....

Presumed glomerulonephritis (No biopsy)

Alport's syndrome Analgesic nephropathy Aplastic / dysplastic kidney disease

Chronic urate nephropathy Diabetic nephropathy Lupus nephritis

Obstructive nephropathy

Polycystic kidney disease Unknown

Chronic allograft nephropathy Allograft failure

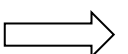
อื่น ๆ ระบุ.....

3. Last Lab Anti HIV..... VDRL..... HBsAg..... Anti HBs.....

(ไม่เกิน 6 เดือน) Anti HBc..... Anti HCV..... (Date.....)

Chest x-ray ไม่เกิน 6 เดือน (ต้องแนบหลักฐานและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ Chest x-ray มาด้วย)

โปรดกรอกข้อมูลด้านหลัง



4. เริ่ม Dialysis เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
โดย Peritoneal Dialysis CIPD CAPD CCPD
 Hemodialysis ที่หน่วยไตเทียม.....
จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์..... ชั่วโมง/ครั้ง

5. โดยจะได้ไตบริจาค
5.1 รอรับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Waiting list) ที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่วันที่.....

5.2 ผู้ที่มีชีวิตเกี่ยวข้องเป็น..... ชื่อผู้บริจาคที่มีชีวิต..... สกุล.....
อายุ.....ปี

ตรวจ HLA Typing ยังไม่ได้ตรวจ HLA Typing
(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาแบบพิมพ์การสมัครปลูกถ่ายไต จากสถานพยาบาลมาด้วย)
 ยังไม่ได้สมัครปลูกถ่ายไต.....

6. Medical History.....
.....
.....
.....
.....

7. Quality of Life.....
Compliance.....
.....

8. Physical Examination : BP.....mmHg , PR...../min , RR...../min
BW.....kgs.....
.....
.....

9. Current Medication.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่..... /..... /.....



สำนักงานประกันสังคม

หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกัน
(กรณีผู้ประกันตนต้องการระบุโรงพยาบาล)

(สำหรับแพทย์กรอก)

แพทย์ผู้กรอกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไตหรือแพทย์ที่ทำการ
ผ่าตัดปลูกถ่ายไตประจำโรงพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม เท่านั้น

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม
เลขที่..... โรงพยาบาล.....

ในฐานะ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยินยอมรับผู้ประกันตน

ชื่อ นาย นาง นางสาว

เข้ารับการ ปลูกถ่ายไต ยากดภูมิคุ้มกันกรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่โรงพยาบาล

.....ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

หมายเหตุ

กรณีโรงพยาบาลที่ประสงค์จะปลูกถ่ายไตมีแบบฟอร์มใบสมัครปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาล
แล้วให้สามารถใช้ใบสมัครดังกล่าวแทนแบบฟอร์มนี้ได้