



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อนามสกุลอายุปี
วัน/เดือน/ปีเกิดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลักHN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์โทรสารอีเมล
บุคคลอ้างอิงหมายเลขโทรศัพท์.....ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจ

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายปอด

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายหัวใจและปอด

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อสำหรับการปลูกถ่ายหัวใจและการปลูกถ่ายปอด

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Heart Transplantation Heart- Lung Transplantation
 Lung Transplantation
..... Single Lung Transplantation
..... Double Lung Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ-ปอด/ ศัลยแพทย์ทรวงอก)

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

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....