



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้อง และปลูกถ่ายไต)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

กรุณารอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วนและตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต

ข้อมูลที่ไม่ละเอียดหรือมีข้อสงสัยซึ่งอาจจำเป็นต้องขอเอกสารหรือเวชระเบียนเพิ่มเติม ทำให้การอนุมัติล่าช้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

และ วุฒิบัตร อนุมัติบัตร สาขา อายุรศาสตร์โรคไต กุมารเวชศาสตร์โรคไต อื่น ๆ.....

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

ขอรับรองว่า นาย,นาง,นางสาวอายุ.....ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จริง
ตามรายละเอียดดังนี้

1. วันแรกที่ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....

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 จาก

อื่น ๆ ระบุ

3. Other disease DM HT อื่น ๆ ระบุ

4. ตรวจพบเป็น ESRD เมื่อวันที่

เนื่องจากอาการ/อาการแสดง.....

ผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้อง และปลูกถ่ายไต)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Ultrasound kidney size เมื่อวันที่

Right Cm. Left Cm

Chest x-ray (ไม่เกิน 6 เดือน)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วง 6 เดือน

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

วันที่ Bun mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct..... %, GFR..... cc/min

Anti-HIV..... VDRL..... HBsAg..... Anti-HBs.....

Anti-HBc..... Anti-HCV..... Blood group..... (วันที่.....)

5. Medical History

.....
.....
.....

6. Quality of Life

Compliance

7. Physical Examination : BP..... mmHg., PR..... /min, PR..... /minBW..... Kgs.

.....

8. Current Medication.....

.....
.....
.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้อง และปลูกถ่ายไต)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

9. การรักษา (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

9.1 ขออนุมัติการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตก่อนล้างไต (Preemptive Living Donor Kidney Transplantation)

ผู้บริจาคไตที่มีชีวิตเกี่ยวข้องกับ ชื่อ-สกุล ผู้บริจาคที่มีชีวิต.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....Blood groupสิทธิการรักษา.....

9.2 ขออนุมัติล่วงหน้าจะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างช่องท้องฯ เมื่อเข้าเกณฑ์ของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศของ
สำนักงานประกันสังคม โดยจะแจ้งให้ทราบทันทีที่ฟอกเลือด/ล้างช่องท้องฯ

9.3 เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างช่องท้องฯ ตามเกณฑ์ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม
ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่

โดยมีผลเลือดวันที่พบค่า BUN.....mg/dl, Cr.....mg/dl

9.4 จำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างช่องท้องฯ ทั้งที่มีผลเลือดยังไม่ถึงเกณฑ์ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามประกาศ
ของสำนักงานประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่

โดยมีผลเลือดวันที่พบค่า BUN.....mg/dl, Cr.....mg/dl

เนื่องจาก

.....

.....

.....

9.5 ขออนุมัติการปลูกถ่ายไตหลังจากเริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ล้างช่องท้องฯ แล้ว

รอรับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Waiting list) ที่โรงพยาบาล.....

โดยได้แนบหนังสือรับรองเข้ารับการปลูกถ่ายไตจากแพทย์ที่โรงพยาบาลตามที่ระบุมาด้วยเรียบร้อยแล้ว

ผู้ที่มีชีวิตเกี่ยวข้องกับ ชื่อ-สกุล ผู้บริจาคที่มีชีวิต.....อายุ.....ปี

ตรวจ HLA Typing ยังไม่ได้ตรวจ HLA Typing (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาแบบพิมพ์การสมัครปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลมาด้วย)

ยังไม่ได้สมัครปลูกถ่ายไต.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

วันที่.....



หนังสือรับรองเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือยากดภูมิคุ้มกันกรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต
(กรณีผู้ประกันตนต้องการระบุโรงพยาบาล)

(สำหรับแพทย์กรอก)

แพทย์ผู้กรอกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไตหรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
ประจำโรงพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น

ข้าพเจ้า นพ. / พญ. ใบประกอบวิชาชีพอศช.
เลขที่ โรงพยาบาล

ในฐานะ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ยินยอมรับผู้ประกันตน ชื่อ (นาง / นาง/ นางสาว)

เข้ารับการ ปลูกถ่ายไต ยากดภูมิคุ้มกันกรณีหลังปลูกถ่ายไต

ที่โรงพยาบาล ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ กรณีโรงพยาบาลที่ประสงค์จะปลูกถ่ายไตมีแบบฟอร์มใบสมัครปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาล

แล้วให้สามารถใช้ใบสมัครดังกล่าวแทนแบบฟอร์มนี้ได้