



# ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

## สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วนด้วยหมึกดำ และตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต  
ข้อมูลที่ไม่วัดละเอียดหรือมีข้อสงสัยซึ่งอาจจำเป็นต้องขอเอกสารหรือเวชระเบียนเพิ่มเติม ทำให้การอนุมัติสิทธิล่าช้า

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

และ  วุฒิบัตร  อนุมัติบัตร สาขา  อายุศาสตร์โรคไต  กุมารเวชศาสตร์โรคไต  อื่นๆ .....

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

ขอรับรองว่า นาย,นาง,นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จริง

ตามรายละเอียด ดังนี้

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

อื่น ๆ ระบุ.....

3. Other disease  DM  HT  อื่น ๆ ระบุ.....

4. ตรวจพบเป็น ESRD เมื่อวันที่.....

เนื่องจาก อาการ/อาการแสดง.....

.....

.....

ผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ.....

.....



# ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยรับการบำบัดทดแทนไต

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Ultrasound kidney size เมื่อวันที่.....

Right.....cm. Left.....cm.

Chest x-ray.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในช่วง 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

## 5. การรักษา

- 5.1 ขออนุมัติล่วงหน้า จะทำการ  ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  ล้างช่องท้องฯ เมื่อเข้าเกณฑ์ของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม โดยจะแจ้งให้ทราบทันที ที่ทำการฟอกเลือด/ล้างช่องท้องฯ
- 5.2 เริ่ม  ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  ล้างช่องท้องฯ ตามเกณฑ์ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามประกาศของ สำนักงานประกันสังคม ที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่วันที่..... โดยมีผลเลือดวันที่.....พบค่าBUN.....mg/dl, Cr.....mg/dl.
- 5.3 จำเป็นต้อง  ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  ล้างช่องท้องฯ ทั้ง ๆ ที่ผลเลือดยังไม่ถึงเกณฑ์ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่..... โดยมีผลเลือด วันที่.....คือ พบค่า BUN.....mg/dl, Cr.....mg/dl. เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

(.....)