



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย

ขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน
และรับยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... และ วุฒิบัตร/ อนุมัติบัตร สาขา

- ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคตับ-ทางเดินอาหาร
- อายุรศาสตร์โรคหัวใจ-ระบบทางเดินหายใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก
- อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ
หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน
- อื่นๆ.....

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

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

ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับการผ่าตัด

- ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
- ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
- ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 - ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 - ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

1. วันแรกที่ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....

2. Underlying disease ของผู้ป่วย

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

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

โปรดกรอกข้อมูลด้านหลัง

4. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาใบรายงานการผ่าตัดปลูกถ่ายของสถานพยาบาลมาด้วย)
5. ปัจจุบันรับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดปลูกถ่ายและรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล.....
6. Medical History
.....
.....
.....
.....
7. Quality of Life.....
Compliance.....
.....
8. Physical Examination : BPmmHg, PR...../min, RR...../min
BW.....kgs.....
.....
.....
9. Current Medication (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาคำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกันของแพทย์มาด้วย)
.....
.....
.....
10. ปัจจุบันรับผิดชอบค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นเงินจำนวนเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

ลงชื่อ

.....
(.....)
วันที่...../...../.....