



## แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

โดยการล้างช่อดังด้วยน้ำยาอย่างถาวรหรือการล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ(APD)

และการฉีดยาอิริโทรโปอิติน (รายเดือน)

กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....

วันที่รับ.....

ชื่อผู้รับ.....

## สำหรับสถานพยาบาล

1. โรงพยาบาล.....ขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดย

 การล้างช่อดังด้วยน้ำยาอย่างถาวร  การล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)  การฉีดยาอิริโทรโปอิตินผู้ประกันตน ชื่อ - สกุล .....เลขที่บัตรประชาชน 

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ - สกุล.....

3. ได้รับการล้างช่อดังด้วยน้ำยา หรือการล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ในช่วงเดือน..... ระหว่างวันที่ ..... ถึงวันที่ ..... ดังนี้

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน
(1) ค่าน้ำยาล้างช่อดังด้วยน้ำยาอย่างถาวร พร้อมอุปกรณ์ หรือค่าน้ำยาล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) พร้อมอุปกรณ์	..... ถัง	..... บาท
(2) การฉีดยา อิริโทรโปอิติน ชื่อ ..... ขนาด ..... Unit	..... Unit	..... บาท
(3) จำนวนครั้งที่ฉีดยา.....เข็ม (ครั้งละ 50บาท)	..... เข็ม	..... เข็ม
<b>รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2) + (3)</b>		

ขอรับรองว่า

1.  ได้รับการล้างช่อดังด้วยน้ำยาอย่างถาวร  ได้รับการล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)  การฉีดยาอิริโทรโปอิติน

ตามรายการข้างต้นจริง

2. ค่า Hematocrit วันแรกของเดือน เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... เท่ากับ.....%

3. ค่า BUN/Creatinine ทุก 3 เดือน เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... เท่ากับ..... / .....

และ ..... / ..... mg/dl ซึ่งคำนวณค่า Kt/v ได้ เท่ากับ .....

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

แพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์โรคไตผู้รักษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

## คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ขอรับรองว่าได้รับ

 รับการล้างช่อดังด้วยน้ำยาอย่างถาวร พร้อมอุปกรณ์ รับการล้างช่อดังด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) พร้อมอุปกรณ์ การฉีดยาอิริโทรโปอิติน

ตามรายการดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) และการฉีดยาอีริโทรโปอีติน

- ใบรับรองแพทย์
- ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล
- ใบแสดงรายละเอียดการรักษา

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน