



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
และการฉีดยาอิริโทรพัวิติน (รายสัปดาห์)
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....

วันที่รับ.....

ชื่อผู้รับ.....

สำหรับสถานพยาบาล

1. โรงพยาบาล.....ขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการ

 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การฉีดยาอิริโทรพัวิตินของ
ผู้ประกันตน ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ - สกุล.....

3. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสัปดาห์ ระหว่างวันที่ ถึงวันที่ ดังนี้

รายการ	ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์	ครั้งที่ 2 ของสัปดาห์	ครั้งที่ 3 ของสัปดาห์
	วันที่ (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้งที่) จำนวนเงิน (บาท)	วันที่ (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้งที่) จำนวนเงิน (บาท)	วันที่ (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้งที่) จำนวนเงิน (บาท)
(1) ค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (ครอบคลุม 14 รายการ)
(2) การฉีดยา อิริโทรพัวิติน ชื่อ ขนาด Unit
(3) จำนวนครั้งที่ฉีดยา.....เข็ม (ครั้งละ 50บาท)
รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2) + (3)			

ขอรับรองว่า

1. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ให้การฉีดยาอิริโทรพัวิติน ตามรายการข้างต้นจริง

2. ค่า Hematocrit ก่อนการฟอกเลือด ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. เท่ากับ.....%

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

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

(ลงชื่อ)

.....

แพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์โรคไตผู้รักษา

(ลงชื่อ)

.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

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

 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การฉีดยาอิริโทรพัวิตินตามรายการดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

.....

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)

- สำเนาใบบันทึกรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HEMOCIALYSIS WORK SHEET)
- ใบรับรองแพทย์
- ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล
- ใบแสดงรายละเอียดการรักษา

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน