



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
เพื่อเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกัน
(เฉพาะสำหรับผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

และ วุฒิบัตร อนุมัติบัตร สาขา อายุรศาสตร์โรคไต กุมารเวชศาสตร์โรคไต อื่นๆ

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

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จริง

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.....

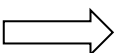
4. เริ่ม Dialysis เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โดย Peritoneal Dialysis CIPD CAPD CCPD

Hemodialysis ที่หน่วยไตเทียม.....

จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์..... ชั่วโมง /ครั้ง

โปรดกรอกข้อมูลด้านหลัง



5. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาล.....
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
โดยได้ไตบริจาค ผู้เสียชีวิต ผู้บริจาคที่มีชีวิต เกี่ยวข้องเป็น.....
ชื่อผู้บริจาค..... สกุล..... อายุ..... ปี
(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาใบรายงานการผ่าตัดปลูกถ่ายไตของสถานพยาบาลมาด้วย)

6. ปัจจุบันรับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล.....

7. Medical History.....
.....
.....
.....
.....

8. Quality of Life.....
Compliance.....
.....

9. Physical Examination : BP.....mmHg , PR...../min , RR...../min
BW.....kgs.....
.....
.....

10. Current Medication (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาคำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกันของแพทย์มาด้วย)
.....
.....
.....
.....

11. ปัจจุบันรับผิดชอบค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เป็นเงินจำนวนเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่..... /..... /.....



สำนักงานประกันสังคม

หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกัน
(กรณีผู้ประกันตนต้องการระบุโรงพยาบาล)

(สำหรับแพทย์กรอก)

แพทย์ผู้กรอกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไตหรือแพทย์ที่ทำการ
ผ่าตัดปลูกถ่ายไตประจำโรงพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม เท่านั้น

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
เลขที่..... โรงพยาบาล.....

ในฐานะ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยินยอมรับผู้ประกันตน

ชื่อ นาย นาง นางสาว

เข้ารับการ ปลูกถ่ายไต ยากดภูมิคุ้มกันกรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่โรงพยาบาล

..... ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

หมายเหตุ

กรณีโรงพยาบาลที่ประสงค์จะปลูกถ่ายไตมีแบบฟอร์มใบสมัครปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาล
แล้วให้สามารถใช้ใบสมัครดังกล่าวแทนแบบฟอร์มนี้ได้