



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....  
ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมลล์ .....  
บุคคลอ้างอิง ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... ความสัมพันธ์ .....

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจและไต

.....  
.....  
.....

การปลูกถ่ายตับและไต

.....  
.....  
.....

การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

.....  
.....  
.....

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Heart - Kidney Transplantation  
 Liver - Kidney Transplantation  
 Pancreas - Kidney Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน หรือ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....