



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อนามสกุลอายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลักHN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์โทรสารอีเมล.....
บุคคลอ้างอิงหมายเลขโทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายตับ

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ป่วยเป็นโรคตับจาก
 - ป่วยเป็นภาวะตับวาย (Fulminant hepatic failure)
 - ป่วยเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้
 - ป่วยเป็นโรคตับเรื้อรังหรือตับแข็ง
 - ป่วยเป็นโรคทางเมตาบอลิกที่สามารถรักษาหายด้วยวิธีปลูกถ่ายตับ เช่น Primary oxaluria, Familial amyloidosis, Alpha-1-antitrypsin deficiency, Wilson's disease, Urea cycle enzyme deficiencies, Glycogen storage disease และ Tyrosemia เป็นต้น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่มีภาวะ Active extrahepatic malignancy หรือ Hepatic malignancy with macrovascular or diffuse tumor invasion
8. ไม่เป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Severe cardiopulmonary conditions

การปลูกถ่ายตับอ่อน

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่ควรเกิน 65 ปี
2. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ด้วย insulin หรือมีภาวะ severe metabolic complication เช่น repeated episodes of diabetic ketoacidosis
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะLiving Donor)

ชื่อนามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์โทรสาร.....อีเมล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- สิทธิรักษาพยาบาล สวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 4 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Liver Transplantation from deceased donor
 Liver Transplantation from living donor
 Pancreas Transplantation

ส่วนที่ 5 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน/ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....