



## ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

สถานพยาบาล.....

### ส่วนที่ 1

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

### ส่วนที่ 2

แพทย์ได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....  
ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรค ตามประกาศ  
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน  
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ดังนี้  
 โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Cornea scar)  
 โรคกระจกตาเป็นแผล (Cornea ulcer)  
 โรคกระจกตามีความโค้งผิดปกติ (Keratoconus)  
 โรคกระจกตาชุ่น เป็นฝ้าขาว บวม (Cornea decompensation or Bullcus keratopathy) เช่น  
เป็นแผลเป็นหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี การติดเชื้อ โรคกระจกตาที่เป็นแต่กำเนิดเป็นต้น  
 กรณีฉุกเฉิน เช่น โรคติดเชื้อรุนแรง ไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้หรือร้ายที่กระจกตากำลังจะทะลุ  
หรือทะลุแล้ว สาเหตุใดก็ตามต้องรีบตัดกระจกตาส่วนที่ติดเชื้อ แล้วใส่กระจกตาผู้บริจาคแทนที่ เพื่อรักษา  
ดวงตาไว้ก่อน  
 หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โปรดระบุ .....

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

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

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....