

	<b>แบบติดตามผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต:</b> <b>Living Donor Follow-up: Kidney</b>	วันที่ _____ เลขประจำหน้าที่ _____																			
	<b>ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย</b>	<b>Living Donor K</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ H.N. \_\_\_\_\_

**1. ประวัติส่วนตัว**

- \* ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_
- \* เพศ  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_
- \* หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
- \* ชาวต่างชาติ: หนังสือเดินทางเลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ หมดอายุ \_\_\_\_\_ ออกให้โดย \_\_\_\_\_
- ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
 ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
 โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

**2. ประวัติการรักษาพยาบาลการปลูกถ่ายไต**

- กรณียุติกลาง  หลักรักษาสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม  ประกันชีวิต  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

**3. ประวัติทางการแพทย์**

- \* 3.1 วันที่ทำผ่าตัด วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 3.2 มีโรคต่อไปนี้
- |                     |  |                   |   |
|---------------------|--|-------------------|---|
| Hypertension        | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ | Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่              |
| Heart Disease       | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ | Tuberculosis      | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่              |
| Urinary Tract Stone | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ | Cancer            | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (ระบุ) _____ |
- อื่นๆ \_\_\_\_\_
- \* 3.3 น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. Blood pressure \_\_\_\_\_

**\*4.ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด**

(ระบุ) \_\_\_\_\_

**\* 5. Laboratory**

Creatinine ครึ่งสุดท้ายหลังผ่าตัด

เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12

**\* 6. สถานะปัจจุบันของผู้บริจาคไต**

- ยังมีชีวิตอยู่  เสียชีวิต เมื่อ \_\_\_\_\_  
 สาเหตุ (ระบุ) \_\_\_\_\_

**7. ความเห็นของผู้บริจาคต่อการบริจาคอวัยวะครั้งนี้**

- เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ

**8. สภาพทางสังคม**

- กำลังศึกษา  ทำงาน  ไม่มีงานทำ  ไม่สามารถเรียนต่อได้ / ไม่สามารถทำงานได้

**9. สภาพจิตใจ**

- ดีมาก / ดี  ผิดปกติ / ต้องรับการรักษา  ไม่สามารถประเมิน / หรือให้ความเห็นได้

**10. ข้อมูลอื่นที่สำคัญ**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้กรอกแบบฟอร์ม

ผู้ประสานงาน \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

หมายเหตุ \*จำเป็นต้องกรอก

วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_