

	<b>แบบติดตามผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต:</b> <b>Living Donor Follow-up : Liver</b>	<b>ตับ</b>	วันที่ _____ เฉพาะเจ้าหน้าที่ _____
			<b>Living Donor L</b> [ ]

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ H.N. \_\_\_\_\_

**1. ประวัติส่วนตัว**

\* ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

\* เพศ  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

\* หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

\* ชาวต่างชาติ: หนังสือเดินทางเลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ หมดยุ \_\_\_\_\_ ออกให้โดย \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

---

**2. ประวัติการรักษาพยาบาลการปลูกถ่ายตับ**

กรรมพันธุ์ชุกกลาง  หลักรักษาสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม  ประกันชีวิต  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

---

**3. ประวัติทางการแพทย์**

3.1 วันที่ผ่าตัดวัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3.2 มีโรคดังต่อไปนี้

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
Liver Disease	<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.Laboratory: LFT ครั้งสุดท้าย**

TP \_\_\_\_\_ Alb \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ DB \_\_\_\_\_ AST \_\_\_\_\_ ALT \_\_\_\_\_ ALP \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_

**\*5.ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด**

(ระบุ) \_\_\_\_\_

**\*6.สถานะปัจจุบันของผู้บริจาคอวัยวะ:**

ยังมีชีวิตอยู่  เสียชีวิตเมื่อ \_\_\_\_\_

สาเหตุ (ระบุ) \_\_\_\_\_

---

**7. ความเห็นของผู้บริจาคต่อการบริจาคอวัยวะครั้งนี้**

เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ

**8. สภาพทางสังคม**

กำลังศึกษา  ทำงาน  ไม่มีงานทำ  ไม่สามารถเรียนต่อได้ / ไม่สามารถทำงานได้

**9. สภาพจิต**

ดีมาก / ดี  ผิดปกติ / ต้องรับการรักษา  ไม่สามารถประเมิน / หรือให้ความเห็นได้

---

**10. ข้อมูลอื่นที่สำคัญ**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้กรอกแบบฟอร์ม

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

หมายเหตุ\*จำเป็นต้องกรอก ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_