



แบบแจ้งผลการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

KH, KL, KP

วัน/เดือน/ปี ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งสุดท้าย _____ ระยะเวลาที่ประเมิน หลังผ่าตัดทันที 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน

1. รายละเอียดผู้ป่วยที่ได้รับอวัยวะ

โรงพยาบาล _____ H.N. _____

นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.(อื่นๆ) _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด ____/____/____ อาชีพ _____ วันที่ลงทะเบียน ____/____/____

การวินิจฉัยโรค _____ หมู่เลือด A B O _____ Rh _____ PRA _____

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน _____

ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____ ที่ทำงาน _____ โทรศัพท์มือถือ _____

2. รายละเอียดการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ

ชนิดของการผ่าตัด _____ วัน/เดือน/ปีที่ทำผ่าตัด ____/____/____ เวลา _____ น.

Cold Ischemic time _____ ลิทริรักษา กรมบัญชีกลาง ปกส. สปสช. ส่วนตัว อื่นๆ _____

แพทย์ผู้ทำผ่าตัด _____ แพทย์โรคไต/ _____

3. รายละเอียดผลการปลูกถ่ายอวัยวะ

3.1 จนถึงปัจจุบันนี้การปลูกถ่ายไตถือว่าล้มเหลวหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ก) วัน/เดือน/ปี ที่ล้มเหลว (ถ้าไม่ทราบ 99/99/9999)

ข) สาเหตุที่ล้มเหลว (กรุณาพลิกดูรหัสจากด้านหลังแผ่นนี้) อื่นๆ (รหัส 95) โปรดระบุ _____

3.2 SCr _____ mg/dl CCr _____ mg/dl 24hrs Urine protein _____ g/day

3.3 Delay graft function (หมายถึงต้องทำ Hemodialysis หลังผ่าตัด) ใช่ ไม่ใช่

3.4 การทำงานของ Graft ดี พอใช้ ไม่ดี ประเมินไม่ได้

3.5 ถ้า Graft ล้มเหลวกรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ก) วันที่กลับมาทำ Dialysis เป็นประจำ

ข) วันที่ทำ Nephrectomy

3.7 ผู้ป่วยที่ได้รับอวัยวะเสียชีวิตหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ก) วัน/เดือน/ปี ที่เสียชีวิต (ถ้าไม่ทราบ 99/99/9999)

ข) สาเหตุที่เสียชีวิต (กรุณาพลิกดูรหัสจากด้านหลังแผ่นนี้) อื่นๆ (รหัส 95) โปรดระบุ _____

ค) สาเหตุที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปลูกถ่ายหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

4. รายละเอียดผู้บริจาคอวัยวะ

ชื่อ-สกุล ของผู้บริจาคอวัยวะ _____ จากโรงพยาบาล _____

ลงชื่อ _____ (ผู้กรอกแบบฟอร์ม)

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ ____/____/____