



แบบฟอร์มการแจ้งผลการใช้ผิวหนัง

คลังเนื้อเยื่อ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ-สภาการแพทย์ไทย

สำหรับเจ้าหน้าที่
รับวันที่ _____ เวลา _____

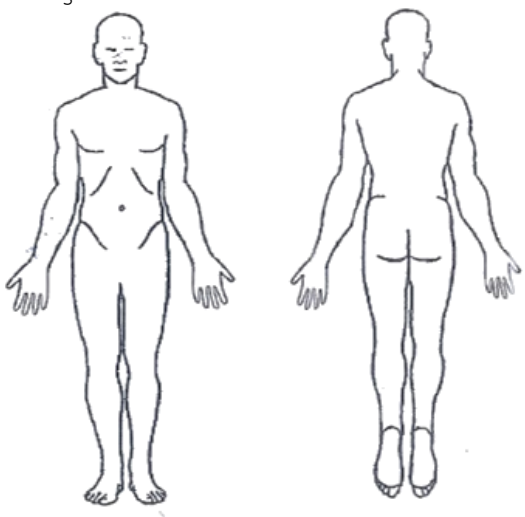
วัน/เดือน/ปี ที่ทำการประเมิน

1. รายละเอียดผู้ป่วยที่ได้ใช้ผิวหนัง โรงพยาบาล _____ HN : _____ AN: _____
ชื่อ-สกุล: (นาย/ นาง/ น.ส./ด.ช./ด.ญ.) _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
โทรศัพท์บ้าน/โทรศัพท์มือถือ _____

2. รายละเอียดการผ่าตัด Date of injury _____ Date of operation _____
 Burn: Flame burn Electrical burn Contact burn Scald burn Explosion burn Chemical burn
Severity of burn 2nd degree 3rd degree , Percent of skin defect _____ %
 Wound: _____
การวินิจฉัยโรค _____
การผ่าตัด _____
ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด _____ โทรศัพท์ _____
ชนิดของผิวหนังที่ใช้ Plain Mesh _____ : _____
Percent burn ที่ปิดได้ _____% จำนวนแผ่น graft ที่ใช้ _____ แผ่น พื้นที่ graft ที่ใช้ _____ ตารางเซนติเมตร

3. รายละเอียดผลการผ่าตัด
3.1 วันที่เปิด graft _____ graft take _____ % วันที่ graft เริ่มหลุด _____ วันที่ graft หลุดหมด _____
3.2 Complication ไม่มี มี ได้แก่ _____
3.3 Infection ที่เกิดจากการใช้ graft ไม่มี มี _____
ได้แก่ _____
3.4 ถ้ามีการติดเชื้อบริเวณแผลได้ทำการเพาะเชื้อบริเวณแผล
ผลเพาะเชื้อก่อนผ่าตัด _____
ผลเพาะเชื้อหลังผ่าตัด _____
3.4 ผู้ป่วยที่ได้รับ graft เสียชีวิตหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ วัน/เดือน/ปี ที่เสียชีวิต _____
สาเหตุที่เสียชีวิต _____
ข้อเสนอแนะ _____

กรุณาทำเครื่องหมายหรือแรเงาบริเวณที่ปิด graft



ลงชื่อ _____ (ผู้กรอกแบบฟอร์ม) ตำแหน่ง _____ วันที่ _____
หมายเหตุ : ขอความกรุณาแพทย์ผู้ใช้ glycerol preserved skin กรอกแบบฟอร์มนี้และส่งกลับมายัง คลังเนื้อเยื่อ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ-สภาการแพทย์ไทย
ภายหลังการใช้งาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพต่อไปในอนาคต