



**แบบฟอร์มการแจ้งผลการปลูกถ่ายหัวใจ/ปอด**  
**ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย**

**H, HL, LU**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

วัน/เดือน/ปี ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด \_\_\_\_\_

ระยะเวลาที่ประเมิน  หลังผ่าตัดทันที  3 เดือน  6 เดือน  12 เดือน

**1. รายละเอียดผู้ป่วยที่ได้รับอวัยวะ**

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ H.N. \_\_\_\_\_

นาย/นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.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 \_\_\_\_\_ สิทธิรักษา  กรมบัญชีกลาง  ปกส.  สปสช.  ส่วนตัว อื่นๆ \_\_\_\_\_

แพทย์ผู้ทำผ่าตัด \_\_\_\_\_ แพทย์โรคหัวใจ/ปอด \_\_\_\_\_

**3. รายละเอียดผลการปลูกถ่ายอวัยวะ**

3.1 จนถึงปัจจุบันนี้การปลูกถ่ายหัวใจ/ปอดถือว่าล้มเหลวหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่กรุณาคอบช้อต่อไปนี้

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

ข) สาเหตุที่ล้มเหลว (กรุณาพลิกดูรหัสจากด้านหลังแผ่นนี้)  อื่นๆ (รหัส 95) โปรดระบุ \_\_\_\_\_

3.2 การทำงานของ Graft  ดี  พอใช้  ไม่ดี  ประเมินไม่ได้

3.3 ผู้ป่วยที่ได้รับอวัยวะเสียชีวิตหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่กรุณาคอบช้อต่อไปนี้

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Kidney Transplant

- 01 – Hyperacute rejection (leading to failure within 48 hours of transplant)
- 02 – Rejection while taking immunosuppressive drugs
- 03 – Rejection after stopping all immunosuppressive drugs
- 04 – Recurrent primary renal disease
- 05 – Vascular or ureteric operative problems (not Code 6)
- 06 – Vascular (arterial or venous) thrombosis not related to operative problems or rejection
- 07 – Infection of graft
- 08 – Removal of functioning graft
- 09 – ‘Non viable’ kidney
- 90 – Recipient died, graft was functioning at the time of death
- 95 – Other
- 99 – Unknown

Heart Transplants

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 10 – Rejection                  | 90 – Recipient died, death NOT due to graft failure |
| 20 – Infection                  | 95 - Other  |
| 30 – Coronary occlusive disease | 99 - Unknown  |

Heart/Lung, Lung Transplant

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 10 – Rejection                | 50 – Bronchial anastomatic complication             |
| 20 – Infection                | 90 – Recipient died, death NOT due to graft failure |
| 30 – Poor organ preservation  | 95 – Other  |
| 40 – Branchiolitic obliterans | 99 – Unknown  |

Liver Transplant

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 10 – Acute rejection           | 50 – Non-occlusive graft necrosis                   |
| 20 – Chronic rejection         | 90 – Recipient died, death NOT due to graft failure |
| 30 – Primary non-functioning   | 95 - Other  |
| 40 – Hepatic artery thrombosis | 99 – Unknown  |