



แบบฟอร์มการแจ้งผลการปลูกถ่ายไต

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

K

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 _____ สัทธิรักษา 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 (กรุณาพิกัดรหัสจากด้านหลังแผ่นนี้) 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 (กรุณาพิกัดรหัสจากด้านหลังแผ่นนี้) 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 |