

ลงทะเบียนใหม่ เปลี่ยนสถานะ



แบบลงทะเบียนรอรับไตและอวัยวะอื่น

เฉพาะเจ้าหน้าที่

R 05

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

KH, KL, KP

1. ประวัติส่วนตัว

โรงพยาบาล _____ H.N. _____

นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.(อื่นๆ _____) _____ นามสกุล _____

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ อาชีพ _____ สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ บ้าน _____ ที่ทำงาน _____ โทรศัพท์เคลื่อนที่ _____

2. บุคคลที่สามารถติดต่อได้

นาย/ นาง/ น.ส. _____ ความเกี่ยวข้อง _____

ที่อยู่ _____ โทร. _____

3. ข้อมูลการรับไตและอวัยวะอื่นๆ หมู่เลือด A B O AB Rh _____

STATE WHICH ORGANS ARE REQUIRED (ไตและหัวใจ = 1, ไตและตับ = 2, ไตและตับอ่อน = 3, ไตและอวัยวะอื่นๆ = 4)

วันแรกที่ล้างไต _____/_____/_____ ค่า GFR _____% น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม.

CMV IgG HBsAg HBcAb HIVAb VDRL Negative = 1

CMV IgM HBsAb _____ mIU/mL HCvAb HIVAg Positive = 2

Unknown = 3

HLA-Typing

HLA-A*	HLA-B*	HLA-BW
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HLA-DR B1	B3 B4 B5	HLA-DQ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

สถานะของผู้ป่วย ACTIVE

SUSPENDED เหตุผล _____

WITHDRAW เหตุผล _____

DISEASE CODE

KIDNEY DISEASE CODE OTHER ORGAN DISEASE CODE NUMBER OF PREVIOUS GRAFTS

4. สิทธิการรักษาพยาบาล

กรมบัญชีกลาง สปสช. ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ _____

แพทย์ผู้รักษา _____ ผู้ประสานงาน _____

ลงชื่อ _____ (ผู้กรอกแบบฟอร์ม)

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____/_____/_____