

ลงทะเบียนใหม่  เปลี่ยนสถานะ



**แบบลงทะเบียนรับอวัยวะหลายชนิด**

**ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย**

เฉพาะเจ้าหน้าที่

R 06

MT

[Registration box with 8 empty cells]

**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. \_\_\_\_\_ ความเกี่ยวข้องกับ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_

**3. ข้อมูลการรับอวัยวะ:**

STATE WHICH ORGANS ARE REQUIRED  ไต,  หัวใจ,  ปอด,  ตับ,  ตับอ่อน,  ลำไส้เล็ก,  กระจกตาอาหาร  
วันที่ล้างไต (ถ้ามี) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ หมู่เลือด A B O AB Rh \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

GFR \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m2

CMV IgG  HBsAg  HBcAb  HIVAb  VDRL  Negative = 1  
CMV IgM  HBsAb  \_\_\_\_\_ mIU/mL HCVAbs  HIVAg  Positive = 2  
Unknown = 3

สถานะของผู้ป่วย  ACTIVE  SUSPENDED เหตุผล \_\_\_\_\_  
 WITHDRAW เหตุผล  CD Tx  Dead related to organ failure  Dead unrelated to organ failure  
 Deny Tx  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

DISEASE CODE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NUMBER OF PREVIOUS GRAFTS

**HLA-Typing**

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

Antibody reaction frequency	Frequency		Date of Sample
	T-Cell	B-Cell	
Highest Recorded			
Most Recent			

HLA TO BE UNACCEPTABLE TO THIS RECIPIENT

[HLA Unacceptable box with 12 empty cells]

**4. สัทธิรักษายา**  กรณบัญชีกลาง  สปสช.  ประกันสังคม  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

แพทย์ผู้รักษา \_\_\_\_\_ ผู้ประสานงาน \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้กรอกแบบฟอร์ม

( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_