

ลงทะเบียนใหม่ เปลี่ยนสถานะ



แบบลงทะเบียนรับตับ

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

เฉพาะเจ้าหน้าที่

R 02

L

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

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. ข้อมูลการรับตับ

หมู่เลือด A B O AB Rh _____

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. รอบท้อง _____ ซม.

CMV IgG HBsAg HBcAb HIVAb VDRL Negative = 1

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

Unknown = 3

สถานะของผู้ป่วย ACTIVE

SUPERURGENT

___ Fulminant/subfulminant hepatic failure

___ Primary non-function, early graft dysfunction

___ Early Hepatic artery thrombosis (post OLT within 14 days)

___ Acute decompensated Wilson's disease, acute Budd-Chiari syndrome

___ Anhepatic(total hepatectomy)

SUSPENDED เหตุผล _____

WITHDRAW เหตุผล _____

DISEASE CODE

NUMBER OF PREVIOUS GRAFTS

แพทย์ผู้รักษา _____ ผู้ประสานงาน _____

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

สรุปความเห็นกรรมการพิจารณาการลงทะเบียนรับตับ

สถานะด่วนมาก

เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

วันที่ _____ เวลา _____

ลงชื่อผู้สรุป _____

ลงชื่อ _____ (ผู้กรอกแบบฟอร์ม)

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____/_____/_____

ข้อมูลประกอบการพิจารณาการลงทะเบียนรื้อรับ
 สถานะด่วนมาก (SUPERURGENT)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ L	R 02										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

ชื่อ-สกุล โรงพยาบาล

หมู่เลือด A B O AB Rh _____

Clinical Diagnosis Other Diagnosis

Clinical Features

.....

.....

วันที่		ab	วันที่		วันที่		วันที่	วันที่		
เวลา			เวลา		เวลา			เวลา		
Hb			PG		TP			PT		
Hct			BUN		Alb			PTT		
WBC			Cr		Glob			INR		
RBC			Na		TB				
Platelet			K		DB				
Neutrophile			Cl		SGOT(AST)				
Lymphocyt			CO ₂		SGPT(ALT)				
Monocyte				Alk phos				
Eosinophile				GGT				
.....				

ข้อมูลและผลการตรวจอื่น ๆ (เช่น Anti HBc IgM , Anti HAV IgM, HBV IgG / IgM, EBVIgG / IgM, ANA, ASMA Ceruloplasmin, Cu , 24 hrs. urine copper ฯลฯ)

.....

.....

.....

<p>ความเห็นกรรมการรับรองการลงทะเบียนรื้อรับสถานะด่วนมาก</p> <p>ลงชื่อ _____ <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยเหตุผล</p> <p>(_____)</p> <p>วันที่ _____ เวลา _____</p>	
<p>กรณีศูนย์ฯ ได้รับแจ้งผลการพิจารณาทางโทรศัพท์</p> <p>ผู้แจ้งผล _____ <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยเหตุผล</p> <p>ผู้รับแจ้งผล _____</p> <p>วันที่ _____ เวลา _____</p>	