

ลงทะเบียนใหม่  เปลี่ยนสถานะ



# แบบลงทะเบียนรับบริจาคอวัยวะ

## ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

เฉพาะเจ้าหน้าที่

R 04

P

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

### 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. ข้อมูลการรับบริจาคอวัยวะ หมู่เลือด A B O AB Rh \_\_\_\_\_

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

NUMBER OF PREVIOUS GRAFTS  PANCREAS GRAFT วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

KIDNEY GRAFT วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 4. สติกรการรักษาพยาบาล กรรมบำบัดชีกลาง สปสข. ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

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

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ (ผู้กรอกแบบฟอร์ม)

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

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

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