

	แบบลงทะเบียนผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต: Living Donor Registration : Liver	ตับ	วันที่ _____	Living Donor L									
	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย		เฉพาะเจ้าหน้าที่	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>									

โรงพยาบาล _____ H.N. _____

1. ประวัติส่วนตัว	
* ชื่อ _____ นามสกุล _____	
* เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____	
* หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
* ชาวต่างชาติ: หนังสือเดินทางเลขที่ _____ วันที่ _____ หมุดอายุ _____ ออกให้โดย _____	
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____ ถนน _____	
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____	
โทรศัพท์ _____ Email address: _____	
2. ประวัติการรักษาพยาบาลการปลูกถ่ายตับ	
<input type="checkbox"/> กรณั้บวชชึ่งกลาง <input type="checkbox"/> หลั้กประกัันสุขภาพแห่งชาตึ <input type="checkbox"/> ประกัันสังกม <input type="checkbox"/> ประกัันชึวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุนุ _____	
3. ประวัติทางการแพทย์	
3.1 ความเจ็บป่วย	
Hypertension	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
Heart Disease	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
Liver Disease	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
Cancer	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (ระบุ) _____
อื่นๆ _____	
3.2 พฤติกรรมเสี่ยง <input type="checkbox"/> สูบบุหรี <input type="checkbox"/> ดึ้มเหล้า <input type="checkbox"/> พฤตึกรรรมเสี่ยงทางเพศ/เบี่ยงเบนทางเพศ	
4. ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว Liver Disease <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) _____	
อื่นๆ _____	
5. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริจาคและผู้รับไต <input type="checkbox"/> โดยสายเลือด <input type="checkbox"/> สามึ/ ภรรยา	
6. Physical Examination น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. Blood pressure _____	
7. Laboratory	
* TP _____ Alb _____ TB _____ DB _____ AST _____ ALT _____ ALP _____ INR _____	Negative = 1 Positive = 2 Unknown = 3
HCVAb <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBcAb <input type="checkbox"/> HBsAb <input type="checkbox"/> HIVAb <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/>	
* 8. Imaging Liver	
<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) _____	
* 9. Blood Group	
Donor ABO _____ Rh _____	
Recipient ABO _____ Rh _____	
* 10. Operation : Hepatectomy Anatomical <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Segment _____	
* 11. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	

* 12. ข้อมูลอื่นที่สำคัญ	

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล _____

ผู้ประสานงาน _____

หมายเหตุ *จำเป็นต้องกรอก

ลงชื่อ _____ ผู้กรอกแบบฟอร์ม

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ / _____ / _____