

ลงทะเบียนใหม่ เปลี่ยนสถานะ



แบบลงทะเบียนรอรับไต

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย

เฉพาะเจ้าหน้าที่

R 01

K

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

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. ข้อมูลการรอรับไต

วันแรกที่ล้างไต _____/_____/_____ หมู่เลือด A B O AB Rh _____

CMV IgG HBsAg HIVAb Negative = 1

IgM HCVAb HIVAg Positive = 2

VDRL Unknown = 3

สถานะของผู้ป่วย ACTIVE

SUSPENDED เหตุผล _____

WITHDRAW เหตุผล CD Tx LRD Tx Dead related to ESRD Dead unrelated to ESRD

Deny Tx อื่นๆ ระบุ _____

KIDNEY PRIMARY 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

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

แพทย์ผู้รักษา _____ ผู้ประสานงาน _____

4. สิทธิรักษาพยาบาลการปลูกถ่ายไต กรมบัญชีกลาง สปสช. ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ _____

ลงชื่อ _____ ผู้กรอกแบบฟอร์ม

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____/_____/_____