ล้างข้อมูล

F 023

แบบติดตามผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่มีชีวิต: ตับ
LivingDonor Recipient Follow-up: Liver

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

วันที่_____ Living Donor **L**

เฉพาะเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาล_____ H.N. _____

1. ประวัติส่วนตัว

* ชื่อ _____ นามสกุล _____

* เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด _____/_____/_____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____

* หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

* ชาวต่างชาติ: หนังสือเดินทางเลขที่_____วันที่_____หมดอายุ_____ออกให้โดย_____

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่_____หมู่_____หมู่บ้าน_____ซอย_____ถนน_____

ตำบล/แขวง_____อำเภอ/เขต_____จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์ _____Email address: _____

2. สวัสดิการรักษาพยาบาลการปลูกถ่ายตับ

☐ กรมบัญชีกลาง ☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันชีวิต ☐ อื่นๆ ระบุ _____

* **3. การปลูกถ่ายตับ**

3.1 ผู้บริจาคตับ ชื่อ _____นามสกุล _____

3.2 วันที่ทำผ่าตัด วัน/เดือน/ปี _____/_____/_____

4. Recurrent disease

☐ HBV ☐ HCV

☐ Hepatocellular carcinoma ☐ ดื่มสุรา ☐ อื่นๆ ระบุ _____

5. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

☐ Hypertension

☐ Coronary artey disease

☐ New onset diabetes mellitus

☐ Cerebrovascular accident

☐ Chronic kidney disease

☐ Cancer (ระบุ) _____

☐ Infection (ระบุ) _____

* **6. Laboratory**

Last LFT หลังปลูกถ่ายตับ เมื่อ วันที่ _____

TP_____ Alb_____ TB_____ DB_____ AST _____ ALT _____ ALP_____ INR _____

* **7. สถานะปัจจุบันของผู้ปลูกถ่ายตับ** ☐ ยังมีชีวิตอยู่ ☐ เสียชีวิต เมื่อ _____

สาเหตุ (ระบุ) _____

8. ข้อมูลอื่นที่สำคัญ

_____

_____

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล _____

ผู้ประสานงาน _____

ลงชื่อ _____ผู้กรอกแบบฟอร์ม

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____/_____/_____

หมายเหตุ *จำเป็นต้องกรอก

ข้อ 3.1, 3.2 กรอกเฉพาะครั้งแรก