



แบบฟอร์มขอใช้ลิ้นหัวใจ

คลังลิ้นหัวใจ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

สำหรับเจ้าหน้าที่
รับวันที่ _____
เวลา _____
Valve ID _____

วัน/เดือน/ปี _____

ผู้ป่วย _____

นาย/ นาง/ น.ส./ ค.ช./ ค.ญ ชื่อ _____ นามสกุล _____

อายุ _____ เพศ _____ Blood Group _____ อาชีพ _____

ที่อยู่ _____

หมายเลขบัตรประชาชน _____ โทรศัพท์ _____

โรงพยาบาล _____

เลขที่ผู้ป่วยนอก _____ เลขที่ผู้ป่วยใน _____

การวินิจฉัยโรค _____

การผ่าตัด _____

สิทธิ์การรักษาพยาบาล _____

ชนิดของลิ้นหัวใจที่ต้องการใช้ Aortic Valve Conduit Pulmonic Valve Conduit
 Aortic Conduit (Non valve) อื่น ๆ _____

ขนาดของลิ้นหัวใจที่ต้องการใช้ _____ มิลลิเมตร

วัน/เวลาที่ต้องการใช้ _____

ศัลยแพทย์ผู้ใส่ _____

โทรศัพท์ _____

สถานที่จัดส่งลิ้นหัวใจ _____

ลงนาม _____ ศัลยแพทย์
(_____)

ผู้ติดต่อ _____ ตำแหน่ง _____

โทรศัพท์ _____

หมายเหตุ : กรุณาสอบถามขนาดของลิ้นหัวใจที่ต้องการใช้ล่วงหน้า ที่คลังลิ้นหัวใจ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

โทร. 1666, 0 2256 4045-6 ต่อ 2508 , โทรสาร 0 2256 4045 -6 ต่อ 2508 , 0 2255 7968

คลังลิ้นหัวใจต้องใช้เวลาในการเตรียมการจัดส่งล่วงหน้า 2 วัน