

ใบสมัครขอรับการช่วยเหลือยากดภูมิต้านทานหลังการปลูกถ่ายไต

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย



Cyclosporin



Prograf



CellCept



Myfortic

เลขที่...../พ.ศ.

1. ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
 เกิดวันที่.....สถานที่เกิด.....
 ที่อยู่.....
 ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์.....
 อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน
 สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....

2. บิดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน
 มารดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน
 มีพี่น้องจำนวน.....คน คือ
- 1).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 2).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 3).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 4).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 5).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 6).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 7).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 8).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 9).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
 10).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

3. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา - ที่อยู่	วุฒิ	จบ พ.ศ.
ประถมศึกษา			
มัธยมศึกษา			
อาชีวศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
อื่นๆ			

4. สถานภาพการสมรส

โสด

แต่งงาน

หม้าย

หย่า

ชื่อสามี / ภรรยา.....

ที่อยู่.....

ปัจจุบัน.....

.....โทรศัพท์.....

อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

จำนวนบุตร บุตรชาย.....คน บุตรหญิง.....คน

1).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

2).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

3).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

4).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

5).....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท / เดือน

ที่พักอาศัยของท่านเป็น บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านบิดามารดา อื่นๆ

ท่านมียานพาหนะของตนเอง ไม่มี มี คือ.....

5. บุคคลและสถานที่ที่ติดต่อได้สะดวก

1).....โทรศัพท์.....

2).....โทรศัพท์.....

3).....โทรศัพท์.....

4).....โทรศัพท์.....

6. ประวัติการเจ็บป่วย (กรอกโดยแพทย์โรคไต)

6.1 ปัจจุบันรักษาที่.....
แพทย์ผู้รักษา.....ตั้งแต่.....

6.2 ผ่าตัดเปลี่ยนไต
ครั้งที่ 1 วันที่.....ที่โรงพยาบาล.....
ได้มาจาก ผู้เสียชีวิต ญาติ-พี่น้อง ระบุ.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....ที่โรงพยาบาล.....
ได้มาจาก ผู้เสียชีวิต ญาติ-พี่น้อง ระบุ.....

6.3 Cause of ESRD.....
Other Diagnosis 1.....
2.....
3.....

6.4 เริ่ม Dialysis เมื่อ.....
โดย CAPD Hemodialysis ที่.....

6.5 Quality of life.....
Compliance.....

6.6 Medical History :

6.7 Physical Examination : BP.....mmHg P...../min R...../min BW.....kg

6.8 Laboratory Findings : (Date.....)
● Cyclosporin A level , Prograf level.....
● CBC : Hct.....%, Hb.....gm%, WBC..... PMN.....L.....Platelets.....
● U/A : Sp.Gr., Albumin/Protein....., Sugar.....,
RBC...../HP, WBC...../HP, Cast...../LP, Crystal...../LP
● Blood Chemistry : BS..... mg/dl, BUN.....mg/dl, Cr.....mg/dl,
Uric acid.....mg/dl, Albumin.....g/dl,
SGOT.....U/L, SGPT.....U/L, Alk Phosphatase.....IU,
● GFR.....cc/min
● อื่นๆ.....

CURRENT MEDICATION.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความเป็นมา

กองทุนช่วยเหลือยากดภูมิต้านทานหลังการปลูกถ่ายไต มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตั้งขึ้น โดยมติที่ประชุมใหญ่สามัญ ประจำปีคณะกรรมการบริหารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2541 วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2541

วัตถุประสงค์

- เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตภายใต้โครงการปลูกถ่ายไต ที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
2. เป็นผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตที่มีรายได้น้อย ซึ่งภายหลังได้รับการอนุเคราะห์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี สามารถที่จะดำรงชีพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นปกติได้

***เอกสารที่ใช้**

สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(ลงชื่อ).....ผู้ป่วย

(.....)

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

วันที่

พบ	วันที่	ความเห็น	ลายเซ็น
แพทย์ผู้พิจารณา (รพ.ศิริราช/รามมา)			
1.....
2.....
สังคมสงเคราะห์ฯ

บันทึกเจ้าหน้าที่

ผู้ป่วยชื่อ.....เลขที่.....พ.ศ.....

พิจารณาเมื่อวันที่.....

กรรมการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ผลการพิจารณา

- ไม่อนุมัติ
 อนุมัติ
- ช่วย 100% ช่วย 75% ช่วย 50% ช่วย 25%
 เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)