

**การสมัครขอรับการช่วยเหลือยา Cyclosporin
จากมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย**

ข้อมูล

กองทุนช่วยเหลือยา Cyclosporin มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตั้งขึ้นโดยมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี คณะกรรมการบริหาร

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2541 วันที่ 25 มีนาคม 2541

วัตถุประสงค์

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต

ขั้นตอนการสมัคร

1. ขอรับใบสมัครได้ที่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช หรือ ศูนย์เปลี่ยนอวัยวะ ตึก 84 ปี ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช หรือ แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารักษ์

2. การกรอกใบสมัคร

หน้า 1-2 เป็นประวัติผู้ป่วย ให้กรอกให้ละเอียด สถานที่และเบอร์ติดต่อ ที่สามารถติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยได้

หน้า 3-4 เป็นประวัติเจ็บป่วยและการรักษา โดยให้แพทย์ที่ท่านรักษาอยู่ปัจจุบันเป็นผู้กรอกและกรอกให้ละเอียด การเซ็น ชื่อประกอบ ด้วย ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และพยาน 2 คน (ไม่ต้องลงวันที่)

หน้า 5 สำหรับเจ้าหน้าที่

3. เอกสารที่ใช้ในการสมัคร (* เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า)

-สำเนาทะเบียนบ้าน

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

4. การยื่นใบสมัคร

ยื่นใบสมัครได้ที่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

โทรศัพท์ 4182568 4124090

ขั้นตอนการพิจารณา

1. เมื่อท่านยื่นใบสมัครแล้ว เจ้าหน้าที่มูลนิธิจะนัดให้ท่านมาพบแพทย์ 2 ท่านเพื่อตรวจสุขภาพว่าเหมาะสมที่จะได้รับการช่วยเหลือ

ยา Cyclosporin หรือไม่

2. พนักงานสังคมสงเคราะห์ ณ กองสงเคราะห์และสวัสดิการ สภากงสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยเพื่อประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ตลอดจนความพร้อมในด้านต่างๆ

3. หลังจากพบแพทย์และสังคมสงเคราะห์แล้ว มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยจะทำการประชุมพิจารณาจัดสรรยา Cyclosporin

ผลการพิจารณาจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทางจดหมาย

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่มีรายได้มีรายได้น้อย ซึ่งภายหลังที่ได้รับการอนุเคราะห์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี สามารถที่จะดำรงชีพ และมีคุณภาพที่ดีเช่นปกติได้

2. ผู้ป่วยสามารถยื่นเรื่องขอได้ 2 ปี ติดต่อกัน และหยุด 1 ปี แล้วสามารถยื่นเรื่องขอในปีที่ 4 จากนั้นต้องหยุด 2 ปี จึงมีสิทธิ์ยื่นเรื่องในปีที่ 7 และหยุด 3 ปี จึงมีสิทธิ์ยื่นเรื่องอีกครั้งเป็นครั้งสุดท้าย

ใบสมัครขอรับการช่วยเหลือยากดภูมิต้านทาน

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

Cyclosporin

Prograf

พ.ศ.

เลขที่.....

1. ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
เกิดวันที่.....สถานที่เกิด.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... โทรสาร

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.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร

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.....
 ไปได้จาก ผู้เสียชีวิต ญาติ-พี่น้อง ระบุ.....
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ที่โรงพยาบาล.....
 ไปได้จาก 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

กองทุนช่วยเหลือยา Cyclosporin มุลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตั้งขึ้น โดยมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปีคณะกรรมการบริหารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2541 วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2541

วัตถุประสงค์

- เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้โครงการเปลี่ยนไต ที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
2. เป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งภายหลังได้รับการอนุเคราะห์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี สามารถที่จะดำรงชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นปกติได้

***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

(.....)