

การสมัครเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ณ หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ข้อมูล

หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2530 ด้วยความร่วมมือระหว่างมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย และโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นการสนับสนุนการผ่าตัดเปลี่ยนไต

ขั้นตอนการสมัคร

1. ขอรับใบสมัครได้ที่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช หรือ หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ ชั้น 7 ตึกกัลยาณิวัฒนา

2. การกรอกใบสมัคร (กรุณากรอกเอกสารด้วยปากกาสีน้ำเงิน)

หน้า 1-2 เป็นประวัติผู้ป่วย ให้กรอกให้ละเอียด สถานที่และเบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยได้

หน้า 3-4 เป็นประวัติเจ็บป่วยและการรักษา โดยให้แพทย์ที่ท่านรักษาอยู่ปัจจุบันเป็นผู้กรอกและกรอกให้ละเอียด

หน้า 5 การเซ็นชื่อประกอบไปด้วย ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และพยาน 2 คน (ไม่ต้องลงวันที่)

หน้า 6 สำหรับเจ้าหน้าที่

3. เอกสารที่ใช้ในการสมัคร (* เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า)

-สำเนาทะเบียนบ้าน

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

-บัตรประกันสังคม (ถ้ามี)

4. การยื่นใบสมัคร

ยื่นใบสมัครได้ที่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-4182568

02-4124090 โทรสาร 02-4129717 หรือ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ตึกกัลยาณิวัฒนา ชั้น 8 โรงพยาบาลสงฆ์ โทรศัพท์ 02-6449492-3

ขั้นตอนการพิจารณา

1. เมื่อท่านยื่นใบสมัครแล้ว เจ้าหน้าที่มูลนิธิจะนัดให้ท่านมาพบแพทย์ 2 ท่านเพื่อตรวจสุขภาพว่าเหมาะสม และปลอดภัยที่จะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็น แบบกึ่งช่วยตัวเอง [Limited Care Unit] และเหมาะที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือไม่

2. พบนักสังคมสงเคราะห์ ณ ตึกกนิษฐ สภากงคสงเคราะหฺแหงประเทศไทยเพื่อประเมินดานสังคมและเศรษฐกิจตลอดจนความพร้อมในการขอเข้ารับการฟอกเลือด เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องกระทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งไปตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะได้รับเปลี่ยนไตและต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 1,000 บาท

3. หลังจากพบแพทย์และสังคมสงเคราะห์แล้ว ทางคณะกรรมการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยจะทำการประชุมพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฟอกเลือด ณ หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งปกติจะมีการประชุมทุกเดือน ผลการพิจารณาจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทางจดหมาย

ระหว่างรอผลการพิจารณา ท่านต้องฟอกเลือดในสถานที่ท่านฟอกปัจจุบันไปก่อน

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. อายุไม่เกิน 55 ปี

2. เป็นผู้ที่เหมาะแก่การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต

3. เป็นผู้ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดเปลี่ยนไต เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์

ใบขอเข้ารับการรักษา

เลขที่.....

1. ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
เกิดวันที่..... สถานที่เกิด.....
ที่อยู่ปัจจุบัน

..... โทรศัพท์.....
อาชีพ..... รายได้ประมาณเดือนละ.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. บิดาชื่อ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
มารดาชื่อ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
มีพี่น้องจำนวน..... คน คือ

1) อายุ.....ปี อาชีพ.....
2) อายุ.....ปี อาชีพ.....
3) อายุ.....ปี อาชีพ.....
4) อายุ.....ปี อาชีพ.....
5) อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานภาพ สมรส โสด คู่ หม้าย หย่า
ชื่อสามี / ภรรยา..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... โทรศัพท์.....
อาชีพ..... รายได้ประมาณเดือนละ.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

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

1) อายุ.....ปี อาชีพ.....
2) อายุ.....ปี อาชีพ.....
3) อายุ.....ปี อาชีพ.....
4) อายุ.....ปี อาชีพ.....

ที่พักอาศัยของท่านเป็น บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านบิดามารดา อื่นๆ
ท่านมียานพาหนะของตนเอง ไม่มี มี คือ.....

4. ประวัติการศึกษา

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

5. บุคคลและสถานที่ที่ติดต่อดีสะดวก และ / หรือ กรณีที่ตามตัวมาเปลี่ยนไต

- 1)
..... โทรศัพท์.....
- 2)
..... โทรศัพท์.....
- 3)
..... โทรศัพท์.....

6. สมัครเปลี่ยนไตไว้ที่

- 1) เมื่อวันที่.....
- 2) เมื่อวันที่.....
- 3) เมื่อวันที่.....

7. ประวัติการเจ็บป่วย (กรอกโดยแพทย์)

แพทย์ผู้รักษา.....

สถานที่รักษา..... ตั้งแต่..... ถึง.....

วิธีการรักษา

- Conservative Treatment
- Peritoneal Dialysis IPD CAPD CCPD
- Hemodialysis ครั้ง / สัปดาห์ ทำครั้งแรกเมื่อ.....
- AV Shunt ตำแหน่ง.....
- AV Fistula ตำแหน่ง.....
- อื่นๆ คือ.....

Diagnosis : 1.

2.

3.

Medical History :

.....

.....

Physical Examination :

.....

.....

Laboratory Findings : (Date

CBC:Hct%, Hbgm%, WBCPMN.....L..... Platelets.....

Blood Chemistry : BSmg/dl, BUN mg/dl, Cr mg/dl,

Na....., K....., Cl....., HCO₃.....mEq/L, Uric acid.....mg/dl

Ca mg/dl, P mg/dl, Albumin g/dl,

SGOT U/L, SGPT U/L, Alk Phosphatase IU,

Cholesterol, Triglyceride, HDL-C mg/dl,

GFR.....cc/min

Kidney Size : Right.....cm Left.....cm

By : Ultrasound Plain KUB

อื่นๆ.....

.....

Current Treatment,

1. Dialytic treatment,

Hemodialysis 1 2 3 Irregular times/week, Intradialytic time.....Hours

Dialyzer..... Surface aream²

Dialysate Na.....mEq/L K..... mEq/L Ca..... mEq/L

Heparin Loading.....Units Maintenance.....Units

Blood Flow Rate.....cc/min Dialysate Flow Rate.....cc/min

Dry weight.....kg.

Complications.....
.....
.....

2. Diet,

.....
.....

3. Medications,

.....
.....
.....
.....
.....

Blood Group

HLA tissue typing
.....

Hepatitis profile

HBsAg[Date.....] HbsAb [Date.....]

Anti-HBc[Date.....] Anti-HCV[Date.....]

Others

Anti-HIV.....(Date

ข้อตกลง

- 1 มุลินธิโรคไตแห่งประเทศไทย คงไว้ซึ่งสิทธิในการพิจารณารับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยไตเทียม มุลินธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์
- 2 เมื่อมีผู้ให้ไต (Kidney donor) ที่เหมาะสม หน่วยไตเทียม มุลินธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ จะส่งผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลที่ได้ตกลงกันไว้ โดยผู้รับไต (Kidney recipient) หรือ ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ตามระเบียบของโรงพยาบาลนั้นๆ
- 3 ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะด้วยสาเหตุใดก็ตามที่ไม่ใช่เป็นการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพียงอย่างเดียว แพทย์ผู้รักษาเดิมจะต้องนำผู้ป่วยกลับไปรักษา ณ ที่เดิม จนกว่าความจำเป็นดังกล่าวสิ้นสุดลง จึงจะส่งผู้ป่วยมารักษาที่หน่วยไตเทียม มุลินธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ ต่อไปตามเดิมได้

(ลงชื่อ) ผู้ป่วย

(.....)

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้รักษา

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

วันที่

บันทึกเจ้าหน้าที่

พบ	วันที่	ความเห็น	ลายเซ็น
อายุรแพทย์โรคไต	
ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ	
สังคมสงเคราะห์ฯ	

ผู้ป่วยชื่อ เลขที่

พิจารณาเมื่อวันที่

กรรมการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. อายุรแพทย์โรคไต
2. ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ
3. ผู้แทนมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
4. ผู้แทนโรงพยาบาลสงฆ์
5. นักสังคมสงเคราะห์

ผลการพิจารณา

ไม่รับ

รับ

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)