มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

ที่ 348 /2561

11 เมษายน 2561

เรื่อง การจัดสรรเงินช่วยเหลือประจำปี 2561

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วยมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงเป็นองค์ประธานก่อตั้ง และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธาน ได้มีมติจากการประชุมใหญ่สามัญประจำปี คณะกรรมการบริหารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นประธานการประชุม อนุมัติการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตและทางเดินปัสสาวะที่ยากไร้ ตลอดจนสนับสนุนโครงการหน่วยไตเทียม โครงการเปลี่ยนไต ทุนศึกษาอบรม และทุนวิจัยต่างๆ ประจำปี พ.ศ. 2561 อีกเช่นเคย เป็นจำนวนเงิน 89 ล้านบาท เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนารถบพิตร โดยให้การสนับสนุนแก่โรงพยาบาลต่างๆ ดังนี้

1. ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งไม่สามารถเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคมหรือกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้ระบุชื่อยา ชื่ออุปกรณ์ จำนวน และปริมาณเงินที่ต้องการ
2. ค่ารักษาผู้ป่วยโรคไตและทางเดินปัสสาวะที่ยากไร้ ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายจากกองทุนใดๆ
3. เครื่องไตเทียม และระบบน้ำ RO
4. เครื่องมือแพทย์ ที่เกี่ยวกับโรคไตและทางเดินปัสสาวะ
5. โครงการหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
6. โครงการเปลี่ยนไต
7. ทุนศึกษาต่อในประเทศและต่างประเทศ

จึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาท่านได้โปรดแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดของท่านทราบด้วยและขอให้เป็นข้อมูลจริง และจำนวนเงินที่จะใช้จ่ายจริง **ไม่ต้องขอเผื่อเช่นงบประมาณแผ่นดิน** และส่งข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนตามรายการข้างต้น กรณีขอเครื่องไตเทียม ระบบน้ำ และเครื่องมือทางการแพทย์ ให้ส่งใบเสนอราคา รวมถึงเบอร์ติดต่อของผู้ขายด้วย มายังมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย **ภายในวันพฤหัสบดีที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2561** จักเป็นพระคุณยิ่ง

สำหรับโครงการหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, ทุนศึกษาต่อในประเทศและต่างประเทศ ได้แจ้งไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรงแล้ว ผู้ใดสนใจ สอบถามได้ที่มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 02-412-4090 และ 02-418-2568 ในวันและเวลาราชการ หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.kidneythai.org

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชย์การ)
เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

แบบสอบถามข้อมูลหน่วยไตเทียม กรณีของ HD,RO

ประกอบการพิจารณาจัดสรรเงินประจำปี 2561

1 โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล .....

จำนวนเตียงผู้ป่วย.....เตียง

2 หน่วยไตเทียม

2.1 รูปแบบการดำเนินงาน

☐ โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเอง

☐ บริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ชื่อบริษัท.....

☐ โรงพยาบาลร่วมกับบริษัทเอกชน ชื่อบริษัท.....

กรณีบริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการหรือร่วมกับบริษัทเอกชน ขอสำเนาสัญญาดำเนินการด้วย

2.2 บุคลากร

- อายุรแพทย์โรคไต..... คน
- อายุรแพทย์..... คน
- ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ..... คน
- ศัลยแพทย์ทั่วไป..... คน
- พยาบาล..... คน
  - พยาบาลไตเทียม..... คน
  - พยาบาลวิชาชีพ..... คน

2.3 จำนวนผู้ป่วย / เตียง

- จำนวนเตียง..... เครื่อง
- จำนวนเครื่อง HD..... เครื่อง

ยี่ห้อ	จำนวนเครื่อง

- ผู้ป่วย Chronic HD..... คน
- ทำการฟอกเลือดสัปดาห์ละ..... วัน
- ฟอกเลือดวันละ..... รอบ

2.4 เก็บค่าฟอกเลือดครั้งละ

- จ่ายเอง..... บาท
- สปสช..... บาท
- ประกันสังคม..... บาท
- เบิกจ่ายตรง..... บาท
- อื่นๆ..... บาท

3 เคยได้รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยตามรายละเอียดดังนี้

ปี พ.ศ.	รายการ (เครื่องไตเทียม,ระบบน้ำ,เครื่องมือแพทย์,เงินสนับสนุน)	จำนวนเงิน/มูลค่า

4 เคยได้รับความช่วยเหลือจากสถานที่อื่นๆ รายละเอียดดังนี้

ปี พ.ศ.	รายการ (เครื่องไตเทียม,ระบบน้ำ,เครื่องมือแพทย์,เงินสนับสนุน)	จำนวนเงิน/มูลค่า

5 ปัญหาต่างๆ

5.1 .....

5.2 .....

5.3 .....

5.4 .....

5.5 .....

6 ในกรณีขอเครื่องไดเทียม

ต้องการ ☐ เครื่อง Fresenius เป็นลำดับที่ .....

☐ เครื่อง Nikkiso เป็นลำดับที่ .....

☐ เครื่อง Nipro เป็นลำดับที่ .....

☐ อะไรก็ได้ สุดแท้แต่จะจัดสรรให้

7 ในกรณีขอเครื่องมือทางการแพทย์ กรุณา

7.1 ส่งสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

7.2 ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าว

7.3 ระบุชื่อ และรายละเอียดเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องการ พร้อมคุณลักษณะของเครื่อง

7.4 ใบเสนอราคา ของบริษัทและเบอร์ติดต่อของผู้เสนอราคา

7.5 ชื่อแพทย์ผู้ขอสนับสนุน.....

ตำแหน่ง..... มือถือ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ผู้กรอกแบบสอบถาม.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....