

การสมัครเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ข้อมูล

หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นหน่วยงานที่ดั่งขึ้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2530 ด้วยความร่วมมือระหว่างมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย และโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นแห่งแรก ต่อมาได้ตั้งหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ขึ้นอีก 5 หน่วย รวม 6 แห่ง คือ

1. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ดิกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ ตั้งเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2530
2. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ หอังกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลศิริราช ตั้งเมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2535
3. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง ตั้งเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ.2536
4. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ กองแพทย์หลวง สวนจิตรลดา ตั้งเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ.2539
5. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ดิกศรีสังวาลย์ โรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี ตั้งเมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ.2548
6. หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2551

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อเป็นการสนับสนุนการผ่าตัดเปลี่ยนไต

ขั้นตอนการสมัคร

1. ขอรับใบสมัครได้ที่ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 1 ดิกธนาการไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช หรือ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 8 ดิกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ หรือ หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 7 ดิกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์
2. การกรอกใบสมัคร (กรุณากรอกเอกสารด้วยปากกาน้ำเงิน)
หน้า 1-2 เป็นประวัติผู้ป่วย ให้กรอกให้ละเอียด สถานที่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่สามารถติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยได้
หน้า 3-4 เป็นประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ให้แพทย์ที่ท่านรักษาอยู่ปัจจุบันเป็นผู้กรอกและกรอกให้ละเอียด
หน้า 5 การเซ็นชื่อ ประกอบด้วย ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และพยาน 2 คน พร้อมลงวันที่ ที่ยื่นใบสมัคร
หน้า 6 สำหรับเจ้าหน้าที่
3. เอกสารที่ใช้ในการสมัคร (* เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า)
 - สำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - บัตรประกันสังคม / บัตรทอง (ถ้ามี)
4. การยื่นใบสมัคร
ยื่นใบสมัครได้ที่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 1 ดิกธนาการไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-4182568 02-4124090 โทรสาร 02-4129717 หรือ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 8 ดิกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ โทรศัพท์ 02-6449492-3

ขั้นตอนการพิจารณา

1. เมื่อท่านยื่นใบสมัครแล้ว เจ้าหน้าที่มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย จะนัดให้ท่านมาพบแพทย์ 2 ท่านเพื่อตรวจสอบสุขภาพว่าเหมาะสม และปลอดภัยที่จะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นแบบกึ่งช่วยตัวเอง [Limited Care Unit] และเหมาะที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตหรือไม่
2. พบนักสังคมสงเคราะห์ ฌ ดิถิมหิตล สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เพื่อประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจตลอดจนความพร้อมในการขอเข้ารับการฟอกเลือด เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องกระทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งไปตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไตและต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 1,000 บาท ถ้าเบิกไม่ได้
3. หลังจากพบแพทย์และสังคมสงเคราะห์แล้ว มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยจะทำการประชุมพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฟอกเลือด ณ หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ผลการพิจารณาจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทางจดหมายระหว่างรอผลการพิจารณา ท่านต้องฟอกเลือดในสถานที่ท่านฟอกเลือดปัจจุบันไปก่อน

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

1. อายุไม่เกิน 55 ปี
2. เป็นผู้ที่เหมาะแก่การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
3. เป็นผู้ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

ใบขอเข้ารับการรักษา

หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

- ณ ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ ณ กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง
 ณ กองแพทย์หลวง สวนจิตรลดา ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

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.....

3. สถานภาพ สมรส โสด คู่ หม้าย หย่า

ชื่อสามี/ภรรยา..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
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/จังหวัด	วุฒิ	จบ พ.ศ.
ประถมศึกษา			
มัธยมศึกษา			
อาชีวศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
อื่นๆ			

5. บุคคลและสถานที่ที่ติดต่อกับได้สะดวก และ / หรือ กรณีที่ตามตัวมาเปลี่ยนได้

- 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.....

Vascular Access	ตำแหน่ง	ทำเมื่อ	โดยแพทย์/โรงพยาบาล
AV Shunt			
AV Fistula			
AV Graft			
อื่น ๆ			

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

.....
.....

Current Treatment,

1. Dialytic treatment,

Hemodialysis x 1 2 3 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. มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย คงไว้ซึ่งสิทธิในการพิจารณาและผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
2. เมื่อมีผู้ให้ไต (Kidney donor) ที่เหมาะสม หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย จะส่งผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลที่ได้ตกลงกันไว้ โดยผู้รับไต (Kidney recipient) หรือ ผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ตามระเบียบของโรงพยาบาลนั้นๆ
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะด้วยสาเหตุใดก็ตามที่ไม่ใช่เป็นการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพียงอย่างเดียว แพทย์ผู้รักษาเดิมจะต้องนำผู้ป่วยกลับไปรักษา ณ ที่เดิม จนกว่าความจำเป็นดังกล่าวสิ้นสุดลง จึงจะส่งผู้ป่วยมารักษาที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ต่อไปตามเดิมได้

(ลงชื่อ) ผู้ป่วย
(.....)

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้รักษา
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่

รับใบสมัครวันที่ ลงชื่อ ผู้รับ

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

(.....)