



แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต  
ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (PD)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)**

1. ผู้ป่วย (นาย/ นาง/ นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....  
อายุ.....ปี อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....  
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ หมู่บ้าน.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล/ แขวง.....  
อำเภอ/ เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....  
สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย/ หย่า/ แยก  
มีบุตร.....คน  
อาชีพบุตรคนที่ ๑.....อาชีพบุตรคนที่ ๒ .....  
อาชีพบุตรคนที่ ๓.....อาชีพบุตรคนที่ ๔ .....  
อาชีพบุตรคนที่ ๕.....อาชีพบุตรคนที่ ๖ .....

**ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา**

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

- ( ) Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)  
( ) Focal segmental glomerulosclerosis ( ) Membranous  
nephropathy  
( ) Membranoproliferative GN ( ) IgA nephropathy  
( ) Mesangial proliferative IgM nephropathy ( ) Chronic allograft  
nephropathy  
( ) Unknown  
( ) อื่นๆ.....

- .....  
( ) Alport's syndrome ( ) Allograft failure  
( ) Analgesic nephropathy ( ) Aplastic/ dysplastic kidney disease  
( ) Chronic urate nephropathy ( ) Diabetic nephropathy  
( ) Lupus nephritis ( ) Obstructive nephropathy  
( ) Polycystic kidney disease ( ) Presumed glomerulonephritis (No biopsy)  
( ) Unknown  
( ) อื่นๆ ระบุ.....

2. Co-morbid .....

.....

3. ประวัติการรักษา.....

.....

.....

4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่วันที่.....

หน่วยบริการที่ผู้ป่วยรับการรักษา คือ.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl

GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....

Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum albumin.....

5. ประวัติการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา

( ) 5.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....

( ) 5.2 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....  
จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์

( ) 5.3 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....

( ) 5.4 ผู้ป่วยยังไม่เคยรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดๆ มาก่อน

6. การจำแนกระดับสมรรถนะผู้ป่วย

( ) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (patient totally depend on others)

( ) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (patient can do self-care)

( ) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (self-care and also significant social participation)

( ) ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ (employed and still work)

7. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (กรณีผู้ป่วยจิตเวชและ/ หรือสายตาไม่ดีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

.....

8. ผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะหรือไม่

( ) เหมาะสม

( ) มีข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายอวัยวะ ได้แก่.....

.....

ข้อ 9 กรณีที่ผู้ป่วยมีความเหมาะสมเป็นผู้ควรได้รับการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปลูกถ่ายไตโดยผู้รับบริจาคที่เป็นญาติพี่น้อง

- ( ) ยังไม่ได้รับการแนะนำ
- ( ) แนะนำแล้วแต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เมื่อวันที่ .....  
โดยผู้แนะนำคือ.....ตำแหน่ง.....
- ( ) แนะนำแล้ว และผู้ป่วยไปสมัครรับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตจากญาติพี่น้อง  
ที่ รพ. .... เมื่อวันที่.....
- ( ) แนะนำแล้ว และผู้ป่วยไปสมัครรับการบริจาคไต จากผู้ที่มีภาวะสมองตาย  
ที่ รพ..... เมื่อวันที่.....  
ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
โรงพยาบาล.....

หมายเหตุ

เอกสารที่ได้แนบมาพร้อมแบบเสนอรายชื่อ

1. บัตรประจำประชาชน
2. เอกสารแนบตามเหตุผลที่เสนอพิจารณา