



แบบติดตามผู้รับการปลูกถ่ายไตจากผู้มีชีวิตไต
Living Donor Recipient Follow-up: Kidney
ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภาการแพทย์ไทย

วันที่ _____ Living Donor **K**
 เฉพาะเจ้าหน้าที่ _____

โรงพยาบาล _____ H.N. _____

1. ประวัติส่วนตัว
 * ชื่อ _____ นามสกุล _____
 * เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____
 * หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน _____
 * ชาวต่างชาติ: หนังสือเดินทางเลขที่ _____ วันที่ _____ หมดอายุ _____ ออกให้โดย _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____ ถนน _____
 ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์ _____ Email address: _____

2. สวัสดิการรักษายาทางการแพทย์
 กรมบัญชีกลาง หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ประกันชีวิต อื่นๆ ระบุ _____

*** 3. การปลูกถ่ายไต**
 3.1 ผู้บริจาคไต ชื่อ _____ นามสกุล _____
 3.2 วันที่ทำผ่าตัด วัน/เดือน/ปี _____ / _____ / _____
 3.3 มีภาวะต่อไปนี้ Primary non-function
 Antibody mediated rejection ภายใน 7 วัน หลังปลูกถ่ายไต
 Vascular thrombosis
 Acute humoral rejection
 Donor allograft nephrectomy
 Severe sepsis
 เกิดภาวะเรื้อรังหลังการปลูกถ่ายไต (ระบุ) _____

*** 4. Laboratory**
 Creatinine ครั้งสุดท้ายหลังปลูกถ่ายไต

เดือนที่ 1	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12

*** 5. ภาวะ rejection หลังผ่าตัด (biopsy proven)**

ภาวะ rejection ที่เกิด	เดือนที่ 1	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12
1. Acute cellular			
2. Antibody mediated			

NA : ไม่ได้ทำ biopsy / ไม่ทราบ / ไม่มีข้อมูล

*** 6. สถานะปัจจุบันของผู้ปลูกถ่ายไต** ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต เมื่อ _____
 สาเหตุ (ระบุ) _____

7. ข้อมูลอื่นที่สำคัญ

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล _____ ลงชื่อ _____ ผู้กรอกแบบฟอร์ม
 ผู้ประสานงาน _____ (_____)
 ตำแหน่ง _____
 วันที่ _____

หมายเหตุ * จำเป็นต้องกรอก
 ชื่อ 3.1, 3.2 กรอกเฉพาะครั้งแรก