ล้างข้อมูล

☐ ลงทะเบียนใหม่ ☐ เปลี่ยนสถานะ

แบบลงทะเบียนรอรับตับอ่อน

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

เฉพาะเจ้าหน้าที่ **R 04**

P ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1. ประวัติส่วนตัว

โรงพยาบาล _____ **H.N.** _____

นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.(อื่นๆ _____) _____**นามสกุล** _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง **วัน/เดือน/ปี เกิด** _____/_____/_____ **วันที่ลงทะเบียน** _____/_____/_____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เชื้อชาติ _____ **สัญชาติ** _____ **อาชีพ** _____ **สถานภาพ** ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่_____ หมู่_____ หมู่บ้าน_____ ซอย_____ ถนน_____

ตำบล/แขวง_____ อำเภอ/เขต_____ จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์ บ้าน_____ ที่ทำงาน_____ โทรศัพท์เคลื่อนที่_____

2. บุคคลที่สามารถติดต่อได้

นาย/ นาง/ น.ส._____ **ความเกี่ยวข้อง** _____

ที่อยู่ _____ **โทร.** _____

3. ข้อมูลการรอรับตับอ่อน

หมู่เลือด ☐ **A** ☐ **B** ☐ **O** ☐ **AB** **Rh** _____

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม.

CMV IgG ☐	HBsAg ☐	HBcAb ☐	HIVAb ☐	VDRL ☐	Negative = 1
CMV IgM ☐	HBsAb ☐	HCVAb ☐	HIVAg ☐		Positive = 2
					Unknown = 3

HLA-Typing

HLA-A*	HLA-B*	HLA-BW
☐☐	☐☐	☐☐
HLA-DR B1	**B3 B4 B5**	**HLA-DQ**
☐☐	☐☐	☐☐

สถานะของผู้ป่วย ☐ ACTIVE

☐ SUSPENDED เหตุผล _____

☐ WITHDRAW เหตุผล _____

DISEASE CODE ☐☐

NUMBER OF PREVIOUS GRAFTS ☐ PANCREAS GRAFT วันที่_____/_____/_____

KIDNEY GRAFT วันที่_____/_____/_____

4. สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ กรมบัญชีกลาง ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

แพทย์ผู้รักษา _____ ผู้ประสานงาน _____

ลงชื่อ _____(ผู้กรอกแบบฟอร์ม)

(_____)

ตำแหน่ง_____

วันที่ _____/_____/_____