

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์

แบบฟอร์มคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

Pre waiting list KT Investigation for living donor

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ อายุ 20-50 ปี มีความประสงค์จะบริจาคไตให้กับญาติด้วยความเต็มใจ มีได้ถูกบังคับ และมิได้เป็นการซื้อขายไต โดยมีใบส่งตัวจากแพทย์โรคไตที่ดูแลหน่วยบริการฟอกเลือดล้างไตให้กับญาติที่เป็นผู้ป่วยโรคไตมาด้วย (ทุกสิทธิบัตร)
2. เป็นญาติสายเลือดเดียวกันกับผู้ป่วย หรือสามีภรรยาของผู้ป่วยที่จดทะเบียนสมรสมาไม่ต่ำกว่า 3 ปี หรือมิได้จดทะเบียนสมรสแต่มีบุตรด้วยกัน โดยเตรียมหลักฐานความสัมพันธ์มาแสดงด้วย เช่น สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบแจ้งเกิดของบุตร
3. มาพบแพทย์โรคไตที่ คลินิกโรคไต ตึก กว.ชั้น 5 ในวันพุธช่วงเช้า เวลา 8.00 – 11.00 น. พร้อมแบบฟอร์มนี้ และใบส่งตัว ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี HN..... ABO group..... ผู้บริจาคใช้สิทธิ..... ของโรงพยาบาล..... โรคประจำตัว.....
4. CBC (...../...../.....) Hb/Hct WBC..... Platelets.....
5. UA (...../...../.....)
6. Chemistry (...../...../.....) FBS..... BUN/Cr..... /..... Cl..... HCO3..... Ca..... Po4..... alb.....
7. LFT: Chol..... TB..... DB..... glob..... AST..... ALT..... Alk phos.....
8. Serology (...../...../.....) ผลตรวจไม่เกิน 6 เดือน
9. HBsAg ☐ Negative (ขณะนี้รับเฉพาะผู้ป่วย HBsAg-ve)
10. Anti-HIV ☐ Negative (ขณะนี้รับเฉพาะผู้ป่วย Anti-HIV-ve)
11. Anti-HBs ☐ Positive ☐ Negative
12. Anti-HCV ☐ Positive ☐ Negative
13. VDRL ☐ Positive ☐ Negative
14. Film plain KUB (...../...../.....)
15. Film chest X-ray (...../...../.....).....
16. Ultrasound KUB (...../...../.....)
17. EKG(...../...../.....)

ผลตรวจไม่เกิน 3 เดือน

ขอผล official report
และ Film/CD imaging
ผลตรวจไม่เกิน 1 ปี

ลงชื่อ.....ผู้กรอกข้อมูล
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ สิทธิ : บัตรทอง ต้องมีใบส่งตัว

ประกันสังคม ต้องมีใบอนุญาตสิทธิปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคม