

Pre-waiting list PED-KT Form  
แบบฟอร์มคัดกรองก่อนส่งผู้ป่วยเด็กเข้าโครงการปลูกถ่ายไต  
สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอายุ 0-17 ปีที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตแล้วในหน่วยบริการของภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีใบส่งตัวจากกุมารแพทย์ที่ดูแลมาด้วย
2. มาพบกุมารแพทย์โรคไต ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมในวันราชการก่อน 11:00 น. พร้อมแบบฟอร์มนี้และใบ refer

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี HN..... ABO group.....Rh blood group.....  
หน่วยไตเทียม.....

1. Causes of ESRD: .....  
Other underlying disease.....  
Start RRT mode .....HD .....PD at date ...../...../.....  
Maintenance RRT mode ..... HD ..... PD since date ...../...../.....

2. CBC (...../...../.....) Hb/Hct.....WBC..... Platelets.....  
3. UA (...../...../.....) .....  
4. Chemistry (...../...../.....) FBS..... BUN/Cr...../..... Na..... K.....  
Cl.....HCO<sub>3</sub>..... Ca..... PO<sub>4</sub>..... alb.....  
LFT: Chol .....TB.....DB.....glob.....AST.....ALT.....Alkphos.....  
Parathyroid hormone..... Ferritin.....

ผลตรวจไม่เกิน 3 เดือน

5. Serology (...../...../.....) ผลตรวจไม่เกิน 6 เดือน

HBsAg ☐ Negative (ขณะนี้รับเฉพาะผู้ป่วยHBsAg -ve )  
Anti-HIV ☐ Negative (ขณะนี้รับเฉพาะผู้ป่วย Anti-HIV -ve )  
Anti-HBs ☐ Positive ☐ Negative (titer.....)  
Anti-HCV ☐ Positive ☐ Negative  
VDRL ☐ Positive ☐ Negative

6. Ultrasound KUB (...../...../.....) .....

7. Film chest X-ray ล่าสุด(...../...../.....).....

8. EKG (...../...../.....) .....

9.Echocardiography (...../...../.....) .....

10. VCUG (...../...../.....) เมื่อมีข้อบ่งชี้.....

ขอผล official report และ  
Film/CD imaging ผลไม่  
เกิน 1 ปี

## 11. ประวัติการรับวัคซีน

ชนิด vaccines	วันที่ได้รับการฉีด
DTP+OPV/IPV	1.....2.....3.....4.....5.....
HBV	1.....2.....3.....
MMR	1.....2.....
VARICELLA	1.....2..... หรือเป็นแล้วเมื่ออายุ.....ปี
Pneumococcal vaccine	1.....2.....
Influenza vaccine	1.....2.....3.....
Covid vaccine	1.....2.....3.....
.....	

## 12. Current medication

[illegible]