

แนวปฏิบัติการยื่นขอรับสิทธิกรณีปลูกถ่ายอวัยวะของผู้ประกันตน

1. กรณียื่นคำขอ

ผู้ประกันตนยื่นความประสงค์เพื่อขอรับสิทธิปลูกถ่ายอวัยวะ ต่อสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ที่ประสงค์ใช้สิทธิ เพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยัง สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายอวัยวะที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

การขอรับสิทธิกรณีปลูกถ่ายอวัยวะใช้เอกสาร ดังนี้

- (1) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนกรณีปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยาดกภูมิคุ้มกัน สปส.2-18 พร้อมเอกสารตามที่ระบุทั้งหมด
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (3) ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายอวัยวะตามแบบสำนักงานประกันสังคมกำหนด

3. ขั้นตอนการพิจารณาและอนุมัติให้ผู้ประกันตนเริ่มใช้สิทธิ

1. สำนักงานประกันสังคมจะตรวจสอบสิทธิผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมบทสมบทมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์และยังคงสถานะความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 มาตรา 39 หรือบุคคลตามมาตรา 38 หรือบุคคลตามมาตรา 41 (3), (4), (5)

2. ตรวจสอบเอกสารแบบยื่นความจำนงขอรับสิทธิการปลูกถ่ายอวัยวะ สปส. 2-18 โดยต้องมี การกรอกเอกสารใบรับรองแพทย์ สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาครบถ้วน

3. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ลงรับเรื่องในสมุดเช่นเดียวกับกรณีปลูกถ่ายไขกระดูก เนื่องจากยังไม่มีการลงทะเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ และให้รวบรวมเอกสารตามข้อ ๒ ส่งสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์เพื่อหารือคณะกรรมการอนุกรรมการฯในการอนุมัติสิทธิ และรวบรวมเสนอคณะกรรมการการแพทย์กรณีผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตหรือเป็นกรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตขอให้ประสานสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ทางโทรศัพท์/FAX เอกสาร เพื่อดำเนินการอย่างรวดเร็วเป็นกรณีเร่งด่วน

4. สำนักงานประกันสังคมแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตนทราบ และออกหนังสือแจ้ง สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และรับยาดกภูมิคุ้มกัน ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนยื่นขอรับสิทธิพร้อมหมายเลขอุบัติ เนื่องจาก สำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายอวัยวะ

**แผนภูมิแสดงขั้นตอนการยื่นความจำนงขอรับสิทธิ
กรณีปลูกถ่ายอวัยวะหรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และรับยาคดภูมิคุ้มกัน**



**แนวปฏิบัติการยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะของสถานพยาบาล**

1. การยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายอวัยวะ ยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์มาที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

**สรุปหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล
ที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายอวัยวะ**

1. การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปลูกถ่ายไตพร้อมกัน

1.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย	เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท) (HEMAจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
ผู้บริจาก สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 (จ่ายให้แก่ศูนย์รับบริจากอวัยวะสภาพชาดไทยเท่านั้น)
ผู้รับบริจาก	ก่อนรับผ่าตัด	40,000

1.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด โดยแยกประเภท ดังนี้

- 1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 2)
- 2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Protocol	อัตราจ่าย (บาท) (HEMAจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
Protocol-HTX-I	400,000
Protocol-HTX-II	410,000
Protocol-HTX-III	470,000
Protocol-HTX-IV	480,000
Protocol-HTX-V	550,000
Protocol-HTX-VI	560,000

ตารางที่ 3 แสดงอัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

Protocol	อัตราจ่าย (บาท) (HEMAจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
Protocol ACR (acute cellular rejection)	30,000
Protocol AMR-A (antibody mediated rejection)	320,000
Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection)	380,000

2. การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไตรพร้อมกัน การปลูกถ่ายตับอ่อนและไตรพร้อมกัน

2.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย	เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท) (HEMAจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
ผู้บริจาค มีชีวิต	ค่าเตรียมผู้บริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับ การผ่าตัด	60,000 200,000
ผู้บริจาค สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก ก่อนรับผ่าตัด	40,000 (จ่ายให้แก่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น)
ผู้รับบริจาค		60,000

2.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด โดยแยกประเภท ดังนี้

- 1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 5)
- 2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Protocol	อัตราจ่าย (บาท) (HEMAจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
Protocol-OLT-I	520,000
Protocol-OLT-II	540,000
Protocol-OLT-III	660,000
Protocol-OLT-IV	680,000
สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีการติดเชื้อ hepatitis B	
Protocol-HB	212,000

ตารางที่ 6 แสดงอัตราจ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

Protocol	อัตราจ่าย (บาท) (เหมาจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 ครั้ง)
Protocol ACR (acute cellular rejection)	30,000

3. ค่าใช้จ่ายหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ โดยแยกประเภท ดังนี้

3.1 กรณีผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7 แสดงอัตราการจ่ายค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก (ครอบคลุมการตรวจรักษา
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาดกูมิคุ้มกัน และยาดกูมิคุ้มกัน)**

- ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่า
หนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปลูกถ่ายไต ครอบคลุมการตรวจรักษา
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาดกูมิคุ้มกัน ยาดกูมิคุ้มกัน เหมาจ่ายในอัตรา

ปีที่	อัตราจ่าย (บาท)
ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6	เดือนละ 30,000 บาท
เดือนที่ 7-12	เดือนละ 25,000 บาท
ปีที่ 2	เดือนละ 20,000 บาท
ปีที่ 3 เป็นต้นไป	เดือนละ 15,000 บาท

- ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่า
หนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ครอบคลุมการตรวจรักษา
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาดกูมิคุ้มกัน ยาดกูมิคุ้มกันเหมาจ่ายในอัตรา

ปีที่	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ hepatocellular carcinoma	
ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6	เดือนละ 30,000 บาท
เดือนที่ 7-12	เดือนละ 25,000 บาท
ปีที่ 2	เดือนละ 20,000 บาท
ปีที่ 3 เป็นต้นไป	เดือนละ 15,000 บาท
ผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatocellular carcinoma	
ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6	เดือนละ 35,000 บาท
เดือนที่ 7-12	เดือนละ 30,000 บาท
ปีที่ 2	เดือนละ 25,000 บาท
ปีที่ 3 เป็นต้นไป	เดือนละ 20,000 บาท
ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อ hepatitis B	
	เพิ่มเติมปีละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

3.2 กรณีผู้ป่วยใน จ่ายเพิ่มเติมกรณีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงอัตราการจ่ายกรณีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ประเภทภาวะแทรกซ้อน	อัตราจ่าย (บาท)
CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV)	
1) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย	14,770
2) ค่ายาและค่าตรวจ CMV viral load	41,260
CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)	
1) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย	26,269
2) ค่ายาและค่าตรวจ CMV viral load	190,880
การติดเชื้อราก Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)	
1) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย	50,154
2) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan	345,220
การติดเชื้อรากอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungous และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericin B)	
1) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย	66,060
2) ค่ายาต้านเชื้อรากเพิ่มเติมเหมาจ่าย	15,000
ภาวะ Acute rejection	
จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามแผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR, AMR-A และAMR-B	
ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายผิดปกติระหว่างติดตามการรักษา)	
จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่ายดังนี้	
1) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะ พร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอดถ่ายไตให้จ่ายค่า ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย	20,000
2) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะ พร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ให้จ่ายค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย	15,000
การตรวจพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้ป่วยปลูกถ่ายหัวใจ สามารถเบิกค่าตรวจตาม Protocol myocardial biopsy	ครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท ไม่เกิน ๖ ครั้งต่อปี



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

สำนักงานประกันสังคม

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

ข้อมูลประเทกการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาก

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรศาร อีเมล
 บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจ

- มีข้อบ่งชี้ครบถ้วนทุกหัวข้อได้แก่
1. อายุไม่เกิน 65 ปี
 2. ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
 3. ไม่มีภาวะ active infection
 4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
 5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
 6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
 7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาด้านนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายปอด

- มีข้อบ่งชี้ครบถ้วนทุกหัวข้อได้แก่
1. อายุไม่เกิน 65 ปี
 2. ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
 3. ไม่มีภาวะ active infection
 4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
 5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
 6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
 7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาด้านนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายหัวใจและปอด

- มีข้อบ่งชี้ครบถ้วนทุกหัวข้อสำหรับการปลูกถ่ายหัวใจและการปลูกถ่ายปอด

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Heart Transplantation Heart- Lung Transplantation
 Lung Transplantation
..... Single Lung Transplantation
..... Double Lung Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ-ปอด/ ศัลยแพทย์ทรวงอก)

ลงชื่อ.....

(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงลงทะเบียน.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

ข้อมูลประเทกการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาก

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรศาร อีเมล
 บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายตับ

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ป่วยเป็นโรคตับจาก
 - ป่วยเป็นภาวะตับวาย (Fulminant hepatic failure)
 - ป่วยเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้
 - ป่วยเป็นโรคตับเรื้อรังหรือตับแข็ง
 - ป่วยเป็นโรคทางเมตาบolic ที่สามารถรักษาหายด้วยวิธีปลูกถ่ายตับ เช่น Primary oxaluria, Familial amyloidosis, Alpha-1-antitrypsin deficiency, Wilson's disease, Urea cycle enzyme deficiencies, Glycogen storage disease และ Tyrosemia เป็นต้น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่มีภาวะ Active extrahepatic malignancy หรือ Hepatic malignancy with macrovascular or diffuse tumor invasion
8. ไม่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด เช่น Severe cardiopulmonary conditions

การปลูกถ่ายตับอ่อน

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่ควรเกิน 65 ปี
2. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ด้วย insulin หรือมีภาวะ severe metabolic complication เช่น repeated episodes of diabetic ketoacidosis
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาด้านกว่า 3 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะLiving Donor)

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์ อีเมล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สิทธิ์รักษาพยาบาล สวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 4 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

Liver Transplantation from deceased donor

Liver Transplantation from living donor

Pancreas Transplantation

ส่วนที่ 5 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน/ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกำกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกำกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

ข้อมูลประเทกการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรศาร อีเมล์
 บุคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจและไต

การปลูกถ่ายตับและไต

การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Heart - Kidney Transplantation
- Liver - Kidney Transplantation
- Pancreas - Kidney Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุแพทย์โรคติดหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน หรือ อายุแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย

ขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยาดกภูมิคุ้มกัน

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... และ วุฒิบัตร/ อนุมัติบัตร สาขา

- ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคตับ-ทางเดินอาหาร
- อายุรศาสตร์โรคหัวใจ-ระบบทางเดินหายใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก
- อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน
- อื่นๆ.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่า ได้รับการผ่าตัด

- ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
- ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
- ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 - ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 - ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

1. วันแรกที่ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....

2. Underlying disease ของผู้ป่วย

- 2.1
- 2.2
- 2.3
- 2.4
- 2.5

3. Other diseases DM HT อื่น ๆ ระบุ.....

4. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.
(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาใบรายงานการผ่าตัดปลูกถ่ายของสถานพยาบาลมาด้วย)
5. ปัจจุบันรับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดปลูกถ่ายและรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล.....
6. Medical History
.....
.....
.....
7. Quality of Life.....
Compliance.....
.....
8. Physical Examination : BP mmHg, PR...../min, RR...../min
BW..... kgs.....
.....
9. Current Medication (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาคำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกันของแพทย์มาด้วย)
.....
.....
.....
10. ปัจจุบันรับผิดชอบค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นเงินจำนวนเฉลี่ย..... บาทต่อเดือน

ลงชื่อ

(.....)
วันที่...../...../.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจายตัว

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN
 ที่อยู่ที่ติดต่อได้
 หมายเลขอรหัสพท โทรสาร อีเมล
 บุคคลอ้างอิง หมายเลขอรหัสพท ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2

แพทย์ได้วินิจฉัยป่วยเป็นโรค ตั้งแต่วันที่

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจายตัว เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรค ตามประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในการนี้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่นื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2556 ดังนี้

- โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Cornea scan)
- โรคกระจกตาเป็นแผล (Cornea ulcer)
- โรคกระจกตา มีความโค้งผิดรูป (Keratoconus)
- โรคกระจกตาขุ่น เป็นฝ้าขาว บวม (Cornea decompensation or Bullcus keratopathy) เช่น
เป็นแผลเป็นหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี การติดเชื้อ โรคกระจกตาที่เป็นแต่กำเนิดเป็นต้น
- กรณีฉุกเฉิน เช่น โรคติดเชื้อรุนแรง ไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้หรือรายที่กระจกตากำลังจะหลุด
หรือหลุดแล้ว สาเหตุใดก็ตามต้องรีบตัดกระจกตาส่วนที่ติดเชื้อ แล้วใส่กระจกตาผู้บริจาคนั้นที่ เพื่อรักษา
ดวงตาไว้ก่อน
- หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....ได้ตรวจผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....
อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
และได้วินิจฉัยป่วยเป็น..... ตั้งแต่วันที่.....
ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

ส่วนที่ 2 ผล CBC

โรงพยาบาล	วันที่	Hb (g/m/dl)	Hct (%)	WBC (/mm ³)	Blast (%)	Pro (%)	Myelo (%)	Mata (%)	Mono (%)	Lymp (%)	Baso (%)	PMN (%)	EOS (%)	Platelet (/mm ³)

ส่วนที่ 3 ผล Bone marrow aspiration เมื่อวันที่

.....
.....

ส่วนที่ 4 ผล Bone marrow biopsy เมื่อวันที่

.....
.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจเอ็นฯ อาทิเช่น ผล Chromosome study

1. เมื่อวันที่

.....
.....

2. เมื่อวันที่

.....
.....

ส่วนที่ 6 สรุปความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- สำนาเวชระเบียนพร้อมผล CBC สำนาผล Bone marrow aspiration
 สำนาผล Bone marrow biopsy สำนาผลการตรวจอื่นๆ ได้แก่.....
-

ส่วนที่ 7 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....