**  
แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณา**

**ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ**

**วันที่..............เดือน...............................พ.ศ..............**

**โรงพยาบาล.........................................................รหัสหน่วยบริการ.................................**

1. ผู้ป่วย (นาย/ นาง/ นางสาว)....................................................................................อายุ………………..........ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....................................................................(พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

2. ประวัติการรักษา..................................................................................................................................................…

...............................................................…..................................................................................................................

...............................…………………………………………………………………………………………...................…………………………

...............................…………………………………………………………………………………………...................………………………… ...............................…………………………………………………………………………………………...................………………………

3. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (แนบเอกสารประกอบ เช่น OPD card เฉพาะหน้าที่มีการวินิจฉัยและการรักษา , ผลการตรวจอื่นๆ)

( ) โรคหัวใจ ( ) โรคปอด ( ) โรคตับ

( ) มะเร็ง ระบุอวัยวะ.................................................. ( ) อื่นๆ กรุณาระบุ...........................................................

ลงชื่อ................................................................แพทย์ผู้ให้การรักษา

(................................................................)

4. มติที่ประชุม คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต ราชบุรี ครั้งที่.............../.....................วันที่........................................

( ) เห็นชอบ วันที่ให้สิทธิ์ ......................................................................................................

( ) ความเห็นเพิ่มเติม........................................................ ..............................................................

ลงชื่อ........................................................ประธานหรือคณะกรรมการ

(.............................................................)

ตำแหน่ง..............................................................