

ใบ checklist ผู้ป่วยรายใหม่

ชื่อ-สกุล
HN.
Tel.
สิทธิการรักษา

สำหรับพยาบาล ร.พ.รามา (OPD) (ทำ checklist 2 ข้อ)

- ☐ 1. กรณี Allogeneic มีผู้บริจาคแล้ว (พี่-น้อง/ อาสาสมัครสภากาชาด)
- ☐ 2. กรณีสิทธิ ประกันสังคม – ได้รับการอนุมัติสิทธิประกันสังคมปลูกถ่ายฯ แล้ว

* หากไม่มี 2 ข้อนี้ กรุณาส่งกลับรพ.ต้นสังกัด เพื่อทำมาให้เรียบร้อยก่อนส่งตัวมาอีกครั้ง

** หากรพ.ต้นสังกัด ยังไม่ได้ทำการค้นหาผู้บริจาค กรุณาติดต่อห้องตรวจเนื้อเยื่อ สภากาชาดไทย Tel.022639600-99 ต่อ 1310-1312

หรือค้นหาผู้บริจาคที่ไม่ใช่ญาติกับทางสภากาชาดไทย (ทีม search) Tel. 082-450-2910, 083-2944067 หรือ E-mail: pawinee.k@redcross.or.th

สำหรับพยาบาลประสานงาน รพ.รามา (โครงการปลูกถ่ายไขกระดูก)	
1.	จดหมายส่งตัวจากโรงพยาบาล (ให้ผู้ป่วยนำจ.ฉบับจริงมาในวันนัดตรวจ) ระบุชื่อ รพ.
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน* (มีบันทึกข้อความแนบ ถึงแพทย์ร.พ.ต้นสังกัด)
2.	จดหมายส่งสิทธิการรักษาในวันนัดตรวจ (กรณี สปสช, ปกส)
	☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน
3.	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่วินิจฉัยโรค (1 st Dx)
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน
4.	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ประเมินตัวโรคสงบ (Re-evaluated disease)
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน
5.	Pathological slide & Paraffin block จาก Bone Marrow
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน
6.	ผล Bone Marrow (Flow cytometry, chromosome, aspiration)
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน
7.	ผล CT/MRI/ PET Scan ครั้งแรกที่วินิจฉัยและที่ใช้ติดตามผลประเมินตัวโรค (กรณีที่มีการตรวจ)
	☐ ครบถ้วน
	☐ ไม่ครบถ้วน
8.	ผล HLA กรณีโรคที่วางแผนปลูกถ่ายโดยใช้ไขกระดูกผู้อื่น (Allogeneic: AML, ALL, SAA, MDS)
	☐ ครบถ้วน (ผลตรงกันตำแหน่ง -A,-B,-C,DRB1,DQB1 ระดับ high resolution) ☐ ไม่ครบถ้วน
9.	อื่นๆ ระบุ

หมายเหตุ: สำเนาให้ผู้ป่วย 1 ฉบับ และ ฉบับจริงเก็บให้พยาบาลประสานงานโครงการ ฯ

* กรณีไม่ครบถ้วน ให้ขอเอกสารเพิ่มเติมและนำมาในวันนัดตรวจพบแพทย์ที่ร.พ.รามาธิบดี

ผู้ป่วย/ญาติ เซ็นชื่อรับทราบ วันที่ได้รับข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล: ☐ พยาบาล OPD อาชุกรกรรม ☐ พยาบาลประสานงาน ห้อง702 ตึก สิริกิติ์ ชั้น 7 โทร02-2011785