

สำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาลอื่นที่ส่งมาตรวจเทียบเนื้อเยื่อ (HLA) เพื่อเตรียมตัวปลูกถ่ายไขกระดูก กับทางรพ.รามาริบดี

1. ให้แพทย์จากรพ.ต้นทาง โทรติดต่อห้องตรวจเนื้อเยื่อ รพ.รามาริบดี โดยตรง Tel.02-201-1067 (วัน และ เวลา ราชการ)
2. ขั้นตอนและค่าใช้จ่ายค่าตรวจเทียบเนื้อเยื่อ(*)ในการหาผู้บริจาคที่เป็นพี่น้อง (เฉพาะราคาในเวลาราชการ)

รายละเอียด	จำนวนเงิน	สถานที่
1. การตรวจเทียบเนื้อเยื่อผู้ป่วยและพี่น้อง class I	คนละ 10,000 บาท	ห้องตรวจเทียบเนื้อเยื่อ ชั้น 7 ห้อง 705
2. การตรวจเทียบเนื้อเยื่อผู้ป่วยและพี่น้อง class II (กรณีผลตรวจผู้ป่วยและพี่น้อง class I ตรงกัน)	คนละ 11,200 บาท	จ่ายที่ห้องตรวจเทียบเนื้อเยื่อ อาคาร 1 ชั้น 6 (เข้าทาง หน่วยโรคปอด ประตูดุที่ 2)

3. ให้แพทย์จากรพ.ต้นทางกรอก เอกสารที่มีชื่อว่า HLA typing request form for bone marrow transplantation โดยลง
ข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยและพี่น้อง รวมถึงผล infectious lab และให้ผู้ป่วยนำมาในวันนัดตรวจ
ทั้งนี้ผลตรวจเนื้อเยื่อที่ใช้ในการปลูกถ่ายไขกระดูกกับทางรามาริบดี ต้องมีผลความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ 10/10 match และ
ผู้บริจาคต้องมีสุขภาพแข็งแรง อายุไม่เกิน 50 ปี

* ค่าตรวจเทียบเนื้อเยื่อ ในสิทธิรักษา ประกันสังคมและ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยต้องสำรองเงินจ่าย และ ให้เก็บหลักฐานการจ่ายเงินไว้ หากในภายหลัง
สามารถเข้าร่วมโครงการปลูกถ่าย-ประกันสังคมและ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางคณะจะจัดสรรเงินคืนให้แก่ผู้ป่วยในภายหลัง (คู่ผู้ป่วย-donor)

4. กรณีผู้ป่วยมีคู่ผู้บริจาค ที่มีผลตรวจเนื้อเยื่อ 10/10 match ให้ผู้ป่วยนำไปสรุปประวัติและผลตรวจประเมินโรค ติดต่อกับทางรพ.รามาริบดีอีกครั้ง

ฟอร์มประวัติผู้ป่วยเข้าคิวรอปลูกถ่ายไขกระดูก
ห้องปฏิบัติการตรวจเนื้อเยื่อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Code BT.....

BTH.....

BTT.....

ประวัติผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เพศ []ชาย []หญิง เชื้อชาติ.....ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(ที่ทำงาน).....(มือถือ).....

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจเนื้อเยื่อ)

วัน/เดือน/ปี.....

HLA Typing Request Form For Bone Marrow Transplantation

Histocompatibility & Immunogenetics Laboratory, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

Tel : 02-2011780, 02-2011067 Fax : 02-2011783

Date.....

Diagnosis.....

Subject to be HLA typed

Name	H.N.	Relation	ABO	Date of birth	HBsAg	Anti-HCV	HIV
Patient							
Donor							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

Request by :