

ตัวอย่างแบบฟอร์มบันทึกข้อความถึงแพทย์ต้นทาง (ผู้ป่วยผู้ใหญ่)

กรณีผู้ป่วยรายใหม่เพื่อขอประวัติการรักษาเพิ่มเติม

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องยื่นหนังสือเพื่อส่งมารักษาต่อ(ปลูกถ่ายไขกระดูก) ที่ ร.พ.รามธิบดี มีดังนี้

1. จดหมายส่งตัวที่ระบุตัวโรคสงบ โดยขอให้สรุปประวัติการรักษาโดยละเอียด ดังนี้

- ระบุโรค และ วันที่วินิจฉัย พร้อมผลตรวจที่ใช้ในการวินิจฉัยแนบมาด้วย (1st Dx)
- สูตรยาเคมีบำบัด:จำนวนรอบการให้ยา วันที่ได้รับยา และ ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในแต่ละครั้ง เช่น

MM- Induction: VCD (สูตร 1-4-8-11) x4 cycles # Cycle 1st เริ่ม C1D1 วันที่ 20 พ.ค. 67 #2: 11/6/67

Dose: Velcade 2.2 mg SC; Endoxan 2x2 oral D1-4; Dexa 5x2 oral D1-4 & D8-11

- AML- Induction: 7+3 regimen

IDAC/HiDAC และวันที่ให้ยาในแต่ละครั้ง (D1)

- NHL/HL – CHOP หรือ ABVD และวันที่ให้ยาในแต่ละครั้ง (D1)

- ผลตรวจประเมินตัวโรคหลังได้รับยา (กรุณานแนบผลตรวจและโปรตะระบุว่าประเมินหลังได้รับยาครบที่เท่าไร)
- ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังได้ยาเคมีบำบัด เช่น การติดเชื้อรา เช่น IPA, Candidiasis, แบคทีเรีย เช่น ESBL หรือ CRE หรือ VRE เป็นต้น
- ขณะนี้ผลการประเมินตัวโรคเป็นอย่างไร

2. **จดหมายส่งสิทธิการรักษา (ประกันสังคม) มาที่ รพ.รามธิบดี ในวันนัดตรวจ** เนื่องจากสิทธิประกันสังคมที่ได้รับการอนุมัติปลูกถ่ายไขกระดูกจะครอบคลุมในส่วนกระบวนการเก็บ stem cell การปลูกถ่ายไขกระดูก และภายหลังปลูกถ่ายไขกระดูก 1 ปีเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมในส่วนค่าใช้จ่ายการตรวจวินิจฉัยและประเมินผลการรักษาเพื่อยืนยันว่า โรคสงบตามข้อบ่งชี้ของการทำปลูกถ่ายไขกระดูกก่อนเข้าสู่กระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก หรือเจ็บป่วยอื่นก่อนเข้าสู่กระบวนการเก็บ stem cell/ปลูกถ่ายไขกระดูก ที่นัดมาตรวจที่ รพ.รามธิบดี ดังนั้นการนัดตรวจที่โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้ป่วยจะต้องขอหนังสือส่งสิทธิมาที่ร.พ.รามด้วยทุกครั้ง

หากมีข้อสงสัยเรื่องสิทธิประกันสังคมอนุมัติเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูก

ติดต่อ เจ้าหน้าที่ประกันสังคมกลาง โทร.02-956-2508

3. สิ่ง queผู้ป่วยต้องนำมาในวันนัดตรวจอื่นๆนอกเหนือจาก จดหมายส่งตัว:

- Paraffin block จาก Bone Marrow พร้อมผลอ่าน เพื่อมา Review ที่ รพ.รามธิบดี
- ผลอ่านและ CD : CT or MRI ครั้งแรกที่วินิจฉัยและประเมินตัวโรค (กรณีที่มีการตรวจ)
- ขอผล Flow cytometry, BM aspiration, chromosome จากBM (กรณีที่มีการตรวจ)
- ผล Lab ที่วินิจฉัย AML/โรคที่ส่งมาปลูกถ่าย ตอนที่วินิจฉัยครั้งแรก และตอนประเมินตัวโรค

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

พยาบาลประสานงานห้องโครงการปลูกถ่ายไขกระดูก

โรงพยาบาล รามธิบดี โทรศัพท์ 02-201-1785 (จ-ศ 9-15น.)

E-mail: ramabmtcenter@gmail.com*

* กรณีส่งเอกสารทางอีเมล กรุณาโทรแจ้งเจ้าหน้าที่