

สถานพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล			ข้อมูลการลงทะเบียน		
เลขประชาชน			หมายเลขเอกสาร		
ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	รหัสรับลงทะเบียน		
สิทธิการรักษา			วันที่		

HN	เบอร์มือถือ	E-mail	OTP
----	-------------	--------	-----

ข้อมูลการวินิจฉัย			
01.Presumed glomerulonephritis(No biopsy)			
02.Diabetic nephropathy	06.Alport's syndrome	07.Analgesic nephropathy	
03.Hypertension	08.Obstructive nephropathy	09.Chronic urate nephropathy	
04.Polycystic kidney disease	10.Lupus nephritis	11.Allograft failure	
05.Glomerulonephritis	12.Aplastic/dysplastic kidney disease	13.Chronic tubulointerstitial nephritis	
06. - 22. ระบุ	14.Renal cell carcinoma	15.Post-nephrectomy	
99. อื่นๆ ระบุ	16.Chronic pyelonephritis	17.Preeclampsia	
	18.Multiple myeloma	19.Microscopic polyangitis	
	20.Scleroderma	21.TB of KUB system	
	22.Hypertensive nephropathy		

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			วันที่ตรวจ (ครั้งล่าสุด)
Cr	Na	Cl	Hb
BUN	K+	CO ₂	Hct
eGFR =			HbA1C

มีผลเลือดถึงเกณฑ์การบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน

การประเมินขนาดไต		วันที่ประเมิน	
วิธีประเมิน	ขนาดไต	ซ้าย	ขวา
		cm.	cm.
ความเห็นแพทย์	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่	3	4
		5	
จำเป็นต้องให้การรักษาทดแทนไต ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			
จำเป็นต้องให้การรักษาทดแทนไต ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผลการตรวจไม่เข้าข่ายฯ			
ยังไม่จำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			
ความเห็นแพทย์เพิ่มเติม (ถ้ามี)			
แพทย์ผู้รับรอง		เลข ว แพทย์	

วันที่เริ่มฟอก

ผู้บันทึกข้อมูล	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
รหัสพนักงาน	OPD/หน่วยตรวจ	เบอร์โทร