



**ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย
ในระบบประกันสังคม**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลทั่วไป (โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง)
1.1 รหัสสถานพยาบาล 1.2 ☐ ประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียในระบบประกันสังคม 1.3 ☐ ณ วันสมัคร เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคมประจำปี.....
2. ข้อมูลสถานพยาบาล
2.1 ชื่อสถานพยาบาล..... สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. ข้อมูลคุณสมบัติของสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย
3.1 ☐ เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมให้บริการทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง 3.2 ☐ เป็นสถานพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย(Hemophilia) แบบองค์รวมอย่าง ต่อเนื่องทั้งการส่งเสริมป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ 3.3 ☐ สามารถตรวจ Factor level และ Factor inhibitor ได้เองที่สถานพยาบาล 3.4 ☐ สถานพยาบาลต้องส่งตรวจ Factor level และ Factor inhibitor ระบุหน่วยงานที่ส่งตรวจ..... 3.5 ☐ เป็นสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกะดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุน เครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและวิชาการอย่างต่อเนื่อง 3.6 ☐ เป็นสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษา
4. บุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย
4.1 ☐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาโลหิตวิทยา หรือสาขา อายุรศาสตร์โรคเลือด หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาสหวิทยวิทยา และมะเร็งในเด็ก 4.2 ☐ กรณีไม่มีแพทย์ตามข้อ 4.1 ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลสามารถแต่งตั้งอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์

ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) อย่างน้อย 1 ปี หรือผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ให้เป็นผู้รักษาแทนได้

4.3 ☐ มีบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ร่วมดูแล ได้แก่ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือนักเทคนิคการแพทย์

4. บุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย (ต่อ)

4.4 ☐ มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาอย่างน้อย 1 ปี หรือผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

4.5 ชื่อผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย..... ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์..... E-mail:.....

5. ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย

5.1 จำนวนผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่สถานพยาบาลของท่านให้การรักษารปัจจุบัน (จำแนกตามสิทธิการรักษา)

- ☐ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ จำนวน.....ราย
- ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) จำนวน.....ราย
- ☐ สิทธิประกันสังคม จำนวน.....ราย
- ☐ สิทธิอื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ราย

5.2 สถานพยาบาลของท่านแพทย์ผู้ทำการรักษามีการสั่งใช้ยาแพคเตอร์ในการรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย

- ☐ รักษาภาวะเลือดออกระยะเริ่มต้น
- ☐ รักษาภาวะเลือดออกรุนแรงผู้ป่วยนอก
- ☐ รักษาภาวะเลือดออกรุนแรงผู้ป่วยใน

5.3 สถานพยาบาลระดับสูงที่ท่านส่งต่อเพื่อรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย (กรณีที่เป็น)

ระบุชื่อสถานพยาบาล.....

6. เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาสมัคร

6.1 ใบสมัครเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่มีสิทธิได้รับค่ายาแพคเตอร์ในการรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย

6.2 รายชื่อแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย พร้อมระบุช่วงเวลาการปฏิบัติงาน (วันและเวลาในการปฏิบัติงาน)

6.3 สัญญาจ้างแพทย์ ที่มีคุณสมบัติตามประกาศพร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่หมดอายุ และสำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาหรือสำเนาประกาศนียบัตรที่ได้รับการรับรองจากสถาบันที่ให้การอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

6.4 สัญญาจ้างพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามประกาศพร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล และสำเนาประกาศนียบัตรที่ได้รับการรับรองจากสถาบันที่ให้การอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสถานพยาบาลของข้าพเจ้า ชื่อ.....
 ประสงค์สมัครขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่มีสิทธิได้รับค่ายาแพคเกจในการรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียกับสำนักงาน
 ประกันสังคม และข้อมูลรายละเอียดที่ปรากฏในเอกสารใบสมัครฉบับนี้และในเอกสารชี้แจงทุกฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
 เป็นข้อเท็จจริงทุกประการ พร้อมนี้ขอส่งเอกสารสำคัญต่อสำนักงานประกันสังคม จำนวน.....รายการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ประทับตรานิติบุคคล

(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

(ลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้กระทำการแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)