

**แบบบันทึกการให้ข้อมูลทำหัตถการเส้นเลือดเทียม (Vascular Access)**

กรณี โครงการพิเศษกองทุนไตวาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สิทธิ : บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

วันที่..... แผนก.....HN.....AN.....PAYCODE: .....

ชื่อ..... สกุล ..... เบอร์โทรศัพท์.....

หัตถการที่ทำ.....

**กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง**

ลำดับ	รายการทำผ่าตัด/หัตถการ	เคย	ไม่เคย	วันที่ทำ
1.	ท่านเคยผ่าตัดใส่สายสวนฟอกเลือดชนิดชั่วคราว (Double lumen)			
2.	ท่านเคยผ่าตัด <u>ซ่อมแซม</u> สายสวนฟอกเลือดชนิดชั่วคราว (Double lumen) <u>ชำระเงินเอง</u>			
3.	ท่านเคยผ่าตัดใส่สายสวนฟอกเลือดชนิดถาวร (TCC หรือ Perm cath)			
4.	ท่านเคยผ่าตัด <u>ซ่อมแซม</u> สายสวนฟอกเลือดชนิดถาวร (TCC หรือ Perm cath) <u>ชำระเงินเอง</u>			
5.	ท่านเคยผ่าตัดโดยการต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดของผู้ป่วย (AVF)			
6.	ท่านเคยผ่าตัด <u>ซ่อมแซม</u> โดยการต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดของผู้ป่วย (AVF)			
7.	ท่านเคยผ่าตัดต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดเทียม (AVBG (graft))			
8.	ท่านเคยผ่าตัด <u>ซ่อมแซม</u> ต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดเทียม (AVBG (graft))			

เนื่องจากกองทุนไตวาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้สิทธิการทำเส้นเลือดเทียม (Vascular Access) กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการพิเศษโรคไตฯ โดยสามารถทำหัตถการดังกล่าวได้ 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ และสามารถซ่อมแซมได้ 1 ครั้ง (ซ่อมแซมได้เฉพาะรายการที่ 7-8,รายการที่ 2 และ 4 ชำระเงินเอง ) ต่อปีงบประมาณเท่านั้น

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลแล้ว และในขณะที่ตอบ “แบบบันทึกการให้ข้อมูลทำหัตถการเส้นเลือดเทียม (Vascular Access)” นี้ ข้าพเจ้ามีสติสมบูรณ์ดี ขอรับรองว่าได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงทุกประการ หากภายหลังตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินตามจำนวนที่ได้เข้ารับการรักษา

**หมายเหตุ : ถ้ามีส่วนเกินจากสิทธิที่ข้าพเจ้าได้รับ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินในส่วนเกินนั้น**

สรุปการใช้สิทธิ :  ใช้สิทธิได้ ยินยอมชำระส่วนเกินสิทธิ.....

ไม่สามารถใช้สิทธิได้ ต้องชำระเงินเอง เนื่องจาก.....

(.....)

(.....)

ผู้รับบริการ

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

(.....)

(.....)

พยานผู้รับบริการ

พยานฝ่ายโรงพยาบาล

\*หากมีการเปลี่ยนหรือเพิ่มหัตถการรบกวนแจ้งงานประกันสุขภาพ แก่ไข 20 เม.ย.60\*