

**ใบสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการโรคต่อเนื้อง**

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

1. ส่วนของแพทย์ผู้ตรวจ**1.1 ข้อมูลการรับรองเป็นผู้ป่วยโรคต่อเนื้อง**

- รักษาโรคข้างต้น ณ รพ. นี้นานกว่า 3 เดือน และไม่ขาดติดต่อกิน 6 เดือน
 รพ. อื่นนานกว่า 3 เดือนและถูกส่งตัวมา ฯลฯ

1.2 ประเภทโรคต่อเนื้องที่จำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- DDDPA โรคสะกดเงิน OCPA โรคมะเร็ง RDPA โรครูมาติก
 RTCS โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ใช้สิทธิข้าราชการ/อปท.)
 RTC* โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ผู้ที่มีสิทธิเข้าซ้อนแต่ยังไม่ได้สมัคร RTSS กับ สปส)
 RTC+ โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ผู้ที่ผ่านการพิจารณาเข้าโครงการ RTSS จาก สปส)
 RTC- โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ผู้ที่ไม่ผ่านการพิจารณาเข้าโครงการ RTSS จาก สปส)
 RTCL โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ใช้สิทธิ กทม.)
 RTSS โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ใช้สิทธิประกันสังคม)
 RTXX โรคไตวายเรื้อรังกรณีรักษาทดแทนไต (ผู้ป่วยชำระเงินเอง)

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

2. ส่วนของผู้สมัคร เบิกจากสวัสดิการ ข้าราชการกรมบัญชีกลาง ข้าราชการส่วนท้องถิ่น(อปท.)

ข้าพเจ้า ชื่อ

เลขประจำตัวผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน

วัน - เดือน - ปี เกิด/...../..... อายุ ปี เบอร์โทรศัพท์

ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดจาก ตนเอง บิดา/ มารดา สมรส บุตร

ชื่อข้าราชการผู้มีสิทธิเบิก ชื่อ

เลขประจำตัวประชาชน

หน่วยงานต้นสังกัดข้าราชการผู้มีสิทธิเบิก

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

3. เอกสารประกอบการลงทะเบียน

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ที่มีรูปถ่ายติดอยู่ และมีเลขประจำตัวประชาชน
 ใบรับรองแพทย์

เจ้าหน้าที่ผู้ขึ้นทะเบียน.....

(.....)