



บันทึกข้อความ

สำนักยา (อย.)
 รับที่ 14781
 22 พ.ย. 2560
 เวลา 15.07

ส่วนราชการ สำนักงานเลขาธิการกรม ฝ่ายการคลัง โทร ๐๒ - ๕๙๐ - ๗๓๗๑

ที่ สธ ๑๐๐๑/ว ๗/๒๕๖๐

วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งเวียนหนังสือจากหน่วยงานภายนอก

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/เลขาธิการกรม/ผู้อำนวยการกอง/ผู้อำนวยการศูนย์/ผู้อำนวยการกลุ่ม/หัวหน้ากลุ่ม

สำนักงานเลขาธิการกรม ขอแจ้งเวียนหนังสือจากหน่วยงานภายนอก ดังนี้

๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว๓๙๓ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการหมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

๒. หนังสือศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ที่ ศธ ๖๙๓๑/๑๒๙๔ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แจ้งเปลี่ยนชื่อหน่วยงาน

๓. หนังสือกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่๐๒๐๒.๔.๑/๓๐๔๘ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐ เรื่อง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย ตามความละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาโปรดทราบ

- บริหารฯ
- พัฒนาระบบ
- กำหนดฯ
- Pre
- Post
- นโยบายฯ
- แผนไทยฯ
- โปรดทราบ
- โปรดพิจารณา
- โปรดแจ้งเวียน

(นางทิพย์ฯ ตั้งศิริสวณ)
 เลขาธิการกรม

๒๕.๑๑.๖๐
 (นายสุชาติ จองประเสริฐ)
 เกษีฯกรชำนาญการพิเศษ
 รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักยา

- คุณ ราชนิวรรณ
- โปรด แจ้งเวียน
- ปิดประกาศ
-

(นางสาวสุกัญญา ศรีสัมพันธ์)
 หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

ห้องรองเลขาธิการ (3)
เลขรับ 6830
วันที่ 27 ต.ค. 2560
เวลา 13.39



จำนวน 34320
วันที่ 25 ต.ค. 2560
เวลา 12.56

ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๙๓

กรมบัญชีกลาง 30 ต.ค. 2560
ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยา

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากกระทรวงการคลังได้ประกาศ กำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลของทางราชการให้ส่วนราชการทราบและถือปฏิบัติ นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้รายการและอัตราค่าบริการสาธารณสุข หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ สอดคล้องกับการให้บริการของสถานพยาบาลในปัจจุบัน มีความเหมาะสม ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็น สอดคล้องกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสภาวะทางเศรษฐกิจ จึงได้ดำเนินการปรับปรุงรายการ และอัตราค่าบริการฯ รวมทั้งกำหนดเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายบางรายการให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น ตลอดจนปรับหมวดหมู่ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบชื่อและรหัสมาตรฐาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Logical Observation Identifiers Names and Codes: LOINC) ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตรา ค่าบริการสาธารณสุขฯ ให้ส่วนราชการและสถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติ ดังนี้

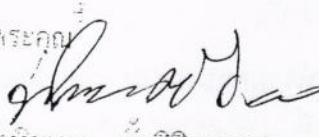
๑. ยกเลิกรายการอัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะในส่วนของค่าตรวจวินิจฉัย ทางเทคนิคการแพทย์ (หัวข้อ ๗.๑ - ๗.๖) ของหนังสือที่อ้างถึง และให้ถือปฏิบัติตามอัตราค่าบริการสาธารณสุขฯ แนบท้ายหนังสือฉบับนี้ บัญชีที่ ๑ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และบัญชีที่ ๒ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ โดยให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ทั้งนี้ รายการ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ นอกเหนือจากรายการ ที่กำหนดไว้ ไม่สามารถเบิกจ่ายได้


๒. ให้สถานพยาบาลมีกลไกกำกับกับการรักษาพยาบาล/การตรวจวินิจฉัยให้เป็นไปตามเงื่อนไข หรือข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายที่กำหนด เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการตรวจสอบ และหากมีการตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ที่กำหนด กรมบัญชีกลางจะดำเนินการ เรียกเงินรายการค่าบริการ/ค่าตรวจวินิจฉัยที่มีการเบิกจ่ายคืน

จำนวน 1841/2
วันที่ 31 ต.ค. 2560
4.20 ✓

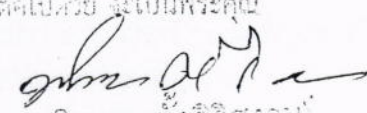
๓. กรณีที่สถานพยาบาลประสงค์ที่จะเสนอรายการอัตราค่าบริการใช้เป็นรายการที่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลและไม่มีรายการอื่นสามารถใช้ทดแทนได้เพิ่มเติม ให้เสนอรายการ ราคา โครงสร้างต้นทุน และข้อบ่งชี้หรือเหตุผลความจำเป็นในการกำหนดรายการดังกล่าว (จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยโรคไต/กรณีไต/เพื่อวัตถุประสงค์ใด) รวมทั้งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคขององค์การวิชาชีพ ข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ เป็นต้น มายังกรมบัญชีกลางเพื่อจะได้รวบรวม และพิจารณาประกาศต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป อนึ่ง สามารถดาวน์โหลดหลักเกณฑ์และรายการอัตราค่าบริการดังกล่าว ได้ที่เว็บไซต์กรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th หัวข้อกฎหมาย/ระเบียบ/หนังสือเวียน ภารกิจการควบคุมด้านบุคลากรของบุคลากรภาครัฐ

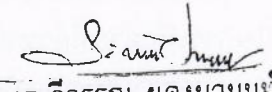
I
เขียน เลขที่การฯ (ร.3)
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

นางกัญญา ตั้งสิริสงวน
นางพยาบาล

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

เลขานุการกรม
25 ต.ค. 2560
กองสวัสดิการรักษายาบาล
กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล
โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐-๑
โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

II
เขียน หัวข้อ
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
ดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางกัญญา ตั้งสิริสงวน)

III
มอบสำนัก/กอง.....พิจารณา
1 (เรื่องอื่น)

เลขานุการกรม
30 ต.ค. 2560
เรียน ทบรบ - ส
๑) สืบเสาะไว้บนทุกแห่งตามทบ
๒) ขอดำเนินการ

(นางระวีวรรณ ผดุงงานนท์)
หัวหน้าฝ่ายการคลัง
31 ต.ค. 60

(นายสมชาย วิชากรกิจ)
ผู้อำนวยการสำนักงานอาหารและยา
รักษาราชการแทนรองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

บัญชีที่ 1

หมวดที่ 6

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต หมายถึง ค่าจัดการบริการการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (Whole Blood) เม็ดโลหิตแดง (Packed Red Cell) พลาสมาสด (Fresh Plasma หรือ Fresh Frozen Plasma) เกล็ดโลหิต (Platelet Concentrate) พลาสมา (Plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุ น้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

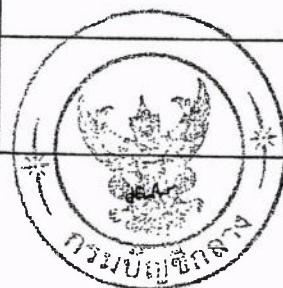
ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งออกเป็นสองส่วน คือส่วนที่รับบริการต่อจากสภาากาชาดไทย ซึ่งเป็นรายการที่มีการตรวจ Nucleic acid Amplification Technology (NAT) ทุก Unit แล้ว และส่วนที่สถานพยาบาลต้องรับบริจาคเอง

ราคาที่กำหนด เป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ ภูมยฺรจุโลหิต และการเตรียมส่วนประกอบของโลหิต

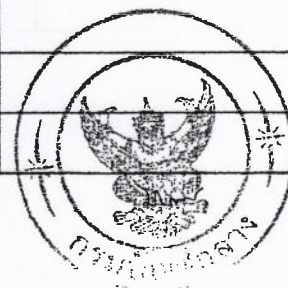
ราคาของส่วนประกอบโลหิต ชนิด Leukocyte depleted ได้รวมค่า filtration set แล้ว

การใช้ Leukocyte depletion filter ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้เป็น Leukocyte depleted products ให้คิดราคาเป็น Leukocyte depleted products

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1 การตรวจวิเคราะห์เพื่อการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด					
6.1.1	22105	Blood group (ABO- Cell and serum grouping) - Tube method	Test	100	
6.1.2	22112	Blood group (ABO- Cell and serum grouping) - Gel method	Test	160	
6.1.3	22106	ABO Cell grouping - Slide method (ในกรณีตรวจหมู่เลือดซ้ำเท่านั้น)	Test	30	
6.1.4	22108	RH. (D) Typing - Tube method	Test	50	
6.1.5	22113	Rh. (D) Typing - Gel method	Test	90	
6.1.6	22109	Rh. Typing (Complete)	Test	360	
6.1.7	22103	Antibody screening (Indirect antiglobulin test) - Tube method	Test	60	
6.1.8	22104	Antibody screening, (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	120	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1.9	22116	Antibody screening A cell (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	50	
6.1.10	22117	Antibody screening B cell (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	50	
6.1.11	22110	Direct antiglobulin test - Tube method	Test	60	
6.1.12	22111	Direct antiglobulin test - Gel method	Test	90	
6.1.13	22146	Direct antiglobulin (Coomb's test) monospecific 5 ชนิด IgG, IgM, IgA, C3c และ C3d - Gel method	Test	390	
6.1.14	22147	Direct antiglobulin (Coomb's test) monospecific 2 ชนิด IgG และ C3c - Gel method	Test	180	
6.1.15	22120	Type and screen (ABO + Rh + ab screening) Tube method	unit	200	
6.1.16	22121	Type and screen (ABO + Rh + ab screening) Gel method	unit	350	
6.1.17	22114	Cross matching - Tube method	unit	80	
6.1.18	22115	Cross matching - Gel method	unit	150	
การตรวจพิเศษสำหรับการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด					
6.1.19	22101	Antibody identification - Tube method	Test	240	
6.1.20	22102	Antibody identification - Gel method	Test	400	
6.1.21	22122	Antibody titration (ABO)	Test	500	
6.1.22	22123	Antibody titration (Rh)	Test	500	
6.1.23	22124	Adsorption test	Test	300	
6.1.24	22125	Elution test	Test	300	
6.1.25	22126	Antigen C	Test	150	
6.1.26	22127	Antigen c	Test	170	
6.1.27	22128	Antigen Di(a)	Test	200	
6.1.28	22129	Antigen E	Test	170	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1.29	22130	Antigen e	Test	170	
6.1.30	22131	Antigen Fy(a)	Test	280	
6.1.31	22132	Antigen Fy(b)	Test	280	
6.1.32	22133	Antigen Jk(a)	Test	200	
6.1.33	22134	Antigen Jk(b)	Test	200	
6.1.34	22135	Antigen K	Test	150	
6.1.35	22136	Antigen k	Test	150	
6.1.36	22137	Antigen Le(a)	Test	100	
6.1.37	22138	Antigen Le(b)	Test	100	
6.1.38	22139	Antigen Le(a) + Le(b)	Test	200	
6.1.39	22140	Antigen M	Test	100	
6.1.40	22141	Antigen Mi(a)	Test	100	
6.1.41	22142	Antigen N	Test	160	
6.1.42	22143	Antigen P1	Test	100	
6.1.43	22144	Antigen S	Test	140	
6.1.44	22145	Antigen s	Test	140	
6.1.45	22148	Neutralization test: ABH substance in saliva	Test	250	
6.1.46	23601	Platelet crossmatch (Flow cytometry)	Test	1,800	
6.1.47	23602	Crossmatch for HLA Compatible Platelets	ต่อราย ต่อวัน	2,200	
6.1.48	30608	Transfusion reaction- Leukoagglutinin	Test	310	
6.2 ผลิตภัณฑ์ชนิด Whole Blood					
6.2.1	23151	Whole Blood	Unit	740	
6.2.2	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000	
6.2.3	23101	Whole Blood (สภากาชาด)	Unit	600	
6.2.4	23154	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (NAT)	Unit	1,800	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.2.5	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (สภากาชาด)	Unit	1,550	รวมค่า filtration set
6.2.6	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740	
6.3 ผลิตภัณฑ์ชนิด Packed Red Cell (PRC) และ Granulocytes (WBC)					
6.3.1	23251	PRC	Unit	500	
6.3.2	23252	PRC (NAT)	Unit	700	
6.3.3	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	540	
6.3.4	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.3.5	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800	รวมค่า filtration set
6.3.6	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.3.7	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550	
6.3.8	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700	
6.3.9	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	520	
6.3.10	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (สภากาชาด)	Unit	2,000	
6.3.11	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (สภากาชาด)	unit	2,200	
6.3.12	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200	
6.3.13	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170	
6.3.14	23456	Single Donor Granocyte	unit	7,640	
6.3.15	23457	Single Donor Granocyte Concentrate (สภากาชาด)	unit	9,000	
6.3.16	23470	Wash and Frozen Red Cell	unit	2,000	
6.4 ผลิตภัณฑ์ชนิด Platelets					
6.4.1	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400	
6.4.2	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600	



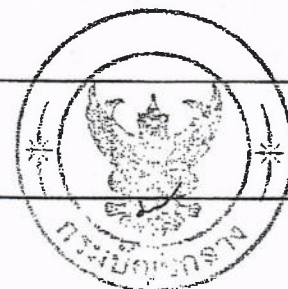
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.4.3	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	340	
6.4.4	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600	รวมค่า filtration set
6.4.5	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (Filtration method)	ถุง	6,300	รวมค่า filtration set
6.4.6	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	6,000	รวมค่า filtration set
6.4.7	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000	
6.4.8	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	ถุง	4,300	
6.4.9	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200	
6.4.10	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
6.4.11	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	
6.4.12	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000	
6.4.13	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	
6.4.14	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800	
6.4.15	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.4.16	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6,300	
6.4.17	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.4.18	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400	
6.4.19	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800	
6.5 ผลิตภัณฑ์ชนิด Plasma					
6.5.1	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400	
6.5.2	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650	
6.5.3	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	450	
6.5.4	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690	รวมค่า filtration set
6.5.5	23469	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (สภากาชาด)	Unit	550	
6.5.6	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300	รวมค่า filtration set
6.5.7	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400	รวมค่า filtration set
6.5.8	23468	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT) (สภากาชาด)	Unit	200	รวมค่า filtration set
6.5.9	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300	
6.5.10	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
6.5.11	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	350	
6.5.12	23454	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma	Unit	400	
6.5.13	23460	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
6.5.14	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.6 ผลิตภัณฑ์ชนิด Cryoprecipitate					
6.6.1	23455	Cryoprecipitate	Unit	370	
6.6.2	23465	Cryoprecipitate (NAT)	Unit	600	
6.6.3	23403	Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	
6.6.4	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	รวมค่า filtration set
6.6.5	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750	รวมค่า filtration set
6.6.6	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000	
6.7 Apheresis (Donation)					
6.7.1	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (สภากาชาด)	unit	12,000	
6.8 Therapeutic & Therapeutic Apheresis					
6.8.1	23502	Leukapheresis (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
6.8.2	23503	Blood Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
6.8.3	23504	Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	ข้อบ่งชี้ตามที่กำหนด
6.8.4	23511	Therapeutic Blood Letting	unit	220	
6.9 Stem Cell Collection					
6.9.1	23505	Stem Cell Processing for Autologous Bone Marrow Collection	unit	7,500	
6.9.2	23506	Stem Cell Processing for Autologous PBSC Collection	unit	7,500	
6.9.3	23507	Stem Cell Processing for Bone Marrow Collection	unit	3,000	
6.9.4	23508	Stem Cell Processing for Cord Blood Collection	unit	7,500	
6.9.5	23512	Peripheral Blood Stem Cell Collection	unit	10,000	
6.9.6	23513	Peripheral Stem Cell Collection (สภากาชาด)	unit	10,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.9.7	30701	Stem Cell Culture for BFU-E Number	Test	600	
6.9.8	30702	Stem Cell Culture for CFU-GM Number	Test	600	
6.10 Thromboelastogram					
6.10.1	23603	Intem	Test	950	
6.10.2	23604	Extem	Test	950	
6.10.3	23605	Fibtem	Test	1,160	
6.10.4	23606	Aptem	Test	1,160	
6.10.5	23607	Heptem	Test	1,160	
6.11 อื่น ๆ เกี่ยวกับงานบริการโลหิต					
6.11.1	23509	การจัดการการรับบริจาคโลหิต	unit	100	
6.11.2	23510	ค่าอุปกรณ์เชื่อมถุงเลือดโดยเครื่องอัตโนมัติ	unit	120	ใช้เพิ่มเฉพาะบางรายที่สายต่อถุงเลือดสั้นเกินไป
6.11.3	23501	ค่าบริการฉายแสงเลือด	ครั้ง	350	
6.11.4	23515	Transfer Bag 300 ml.	ถุง	60	
6.11.5	23516	Plasma Transfer Set	set	20	
6.11.6	23518	NAT for HIV + HCV + HBV สำหรับตรวจในผู้ป่วย	Test	1,500	เฉพาะกรณีเร่งด่วน เพื่อประกอบ การวินิจฉัยและการตัดสินใจ สั่งการรักษาของแพทย์



ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยวิธี plasma exchange

1. Autoimmune encephalitis (membrane associated antigen)
2. Acute severe demyelinating disease (neuromyelitis optica, multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis and transverse myelitis) with non-adequate response to high dose steroid
3. Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (Guillain-Barre syndrome)
4. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP)
5. Myasthenia gravis

Inclusion criteria

1. ในกรณีของ autoimmune encephalitis: เมื่อสาเหตุของโรคเกิดจากภูมิคุ้มกันต่อ neuronal membrane protein หรือ neuronal channel protein เช่น Anti-NMDA, Anti-AMPA, Anti-GABA_A, Anti-GABA_B, Anti-Lgi1, Anti-Caspr2, Anti-DPPX, Anti-glycine, Anti-dopamine receptor
2. ในกรณีของ Acute severe demyelinating disease (neuromyelitis optica, multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis and transverse myelitis) เมื่อให้การรักษาด้วย high-dose steroid อย่างน้อย 5 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น เช่น motor power ดีขึ้นน้อยกว่า 2 grade หรือยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ visual acuity score ดีขึ้นน้อยกว่า 2 ระดับ
3. AIDP, CIDP และ MG เมื่อคนไข้ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเองหรือมีปัญหาการกลืนต้องใส่สายยางหรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

Exclusion criteria

ผู้ป่วยมีระดับความดันต่ำหรือไม่คงที่ จนไม่สามารถทำ plasma exchange ได้



ตัวอย่างการคำนวณ

รายการ	1. ค่าบริการในการจองโลหิต (ค่า Cross matching x จำนวนยูนิตที่จอง) + ค่าตรวจหมู่โลหิตผู้ป่วย	2. ค่าบริการเมื่อใช้โลหิต (ราคา Blood component x จำนวนที่ใช้)	รวมค่าบริการทั้งหมด เมื่อใช้โลหิต (1+2)
จอง Whole Blood 2 ยูนิต (สภากาชาด)	$(80 \times 2) + 150 = 310$ บาท	ใช้ 1 ยูนิต = 600 บาท ใช้ 2 ยูนิต = 1,200 บาท	ใช้ 1 ยูนิต = $310 + 600$ = 910 บาท ใช้ 2 ยูนิต = $310 + 1,200$ = 1,510 บาท
จอง Packed Red Cell 3 ยูนิต (สภากาชาด)	$(80 \times 3) + 150 = 390$ บาท	ใช้ 1 ยูนิต = 540 บาท ใช้ 2 ยูนิต = 1,080 บาท	ใช้ 1 ยูนิต = $390 + 540$ = 930 บาท ใช้ 2 ยูนิต = $390 + 1,080$ = 1,470 บาท
จอง Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 1 ถุง (สภากาชาด)	คิดเฉพาะค่าตรวจหมู่โลหิต ผู้ป่วย 150 บาท	ใช้ 1 ถุง = 4 ยูนิต = 3,200 บาท	ราคา = $150 + 3,200$ = 3,350 บาท



บัญชีที่ 2

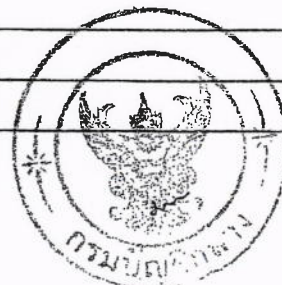
หมวดที่ 7

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา หมายถึง ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจ ชันเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
1. HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING					
1.1	30106	Acid phosphatase with tartrate (hairy cell leukemia) (หรือ Tartrate Resistant Acid Phosphatase, Qualitative)	Test	200	
1.2	33804	Carboxyhemoglobin, (Quantitative)	Test	250	
1.3	37106	Cold agglutinin, (Qualitative)	Test	50	
1.4	30105	Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	Test	50	
1.5	31205	Fat stain, Stool (Sudan IV stain)	Test	100	
1.6	30309	Fetal hemoglobin, (Qualitative)	Test	80	
1.7	30312	Ham's test, Acid hemolysis [Presence] of Blood	Test	80	
1.8	30111	Heinz body	Test	40	
1.9	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	30	
1.10	31209	Hemoglobin detection, Stool (Immunochemical, Qualitative)	Test	80	
1.11	30313	Hemoglobin typing (Hb typing) (Hemoglobin electrophoresis panel in Blood)	Test	260	PANEL.HEMATO
1.12	30112	Hemosiderin test (Qualitative)	Test	80	
1.13	30113	Erythrocyte Inclusion body	Test	40	
1.14	30108	Iron stain, Bone marrow	Test	50	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
1.15	30114	Leukocyte Alkaline Phosphatase (LAP) score	Test	550	
1.16	30124	LE cell preparation, stain, examination	Test	150	
1.17	31203	Occult blood, Stool	Test	30	
1.18	30133	Osmotic fragility test, quantitative	Test	100	
1.19	30125	Osmotic fragility test, screening	Test	60	
1.20	30131	Platelet count (Manual)	Test	40	
1.21	30103	Reticulocyte count	Test	40	
1.22	30316	Serum viscosity, (Quantitative)	Test	100	
1.23	30127	Sudan Black stain	Test	100	
2. PANEL HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING					
2.1	31301	Cell count and diff, Body fluid	Test	50	
2.2	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90	รวม platelet count
2.3	30102	Complete blood count without smear	Test	60	
2.4	30109	Cytochemical profile stain (ชนิดละ)	Test	100	ประกอบด้วย Nonspecific Esterase (NSE), Periodic-acid Schiff (PAS), acid phosphatase และ Myeloperoxidase (MPO)
2.5	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	30	เป็นการตรวจว่ามี white cell, red cell ใน stool เท่าไร ถ้าตรวจ parasite ใช้รหัส 35007 รายการ 11.6.15 Wet smear for ova/parasite
2.6	30107	Wright stain, Bone marrow (Differential panel - Bone marrow)	Test	190	
2.7	30110	Wright stain, Buffy coat (Differential panel)	Test	110	
3. COAGULATION					
3.1	30217	Activated Protein C Resistance assay	Test	1,200	
3.2	30231	Alpha 2 antiplasmin	Test	300	



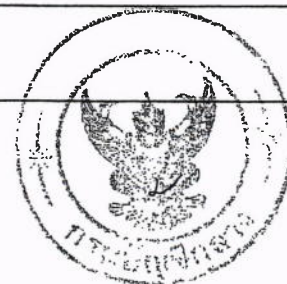
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
3.3	37233	Anti-Beta-2 glycoprotein 1 IgG (Quantitative)	Test	290	
3.4	37234	Anti-Beta-2 glycoprotein 1 IgM (Quantitative)	Test	230	
3.5	37207	Anti-Cardiolipin IgG (Quantitative)	Test	240	
3.6	37208	Anti-Cardiolipin IgM (Quantitative)	Test	250	
3.7	37020	Anticardiolipin (Quantitative)	Test	400	
3.8	30229	Antithrombin III activity (chromogenic)	Test	300	
3.9	30210	Bleeding time	Test	60	
3.10	30205	Clot retraction time/Clot lysis time	Test	30	
3.11	30208	D-dimer (Automate) (Quantitative)	Test	225	
3.12	30206	Euglobulin Lysis Time (ELT)	Test	50	
3.13	30215	Factor assay - Factor II	Test	1,000	
3.14	30221	Factor assay - Factor IX	Test	520	
3.15	30222	Factor assay - Factor IX Inhibitor (Quantitative)	Test	1,000	
3.16	30216	Factor assay - Factor V	Test	1,000	
3.17	30218	Factor assay - Factor VII	Test	1,000	
3.18	30219	Factor assay - Factor VIII	Test	880	
3.19	30220	Factor assay - Factor VIII Inhibitor (Quantitative)	Test	880	
3.20	30223	Factor assay - Factor X	Test	1,000	
3.21	30224	Factor assay - Factor XI	Test	1,000	
3.22	30225	Factor assay - Factor XII	Test	1,000	
3.23	30207	Fibrin Degradation Product (FDP)	Test	800	
3.24	30214	Fibrinogen level	Test	200	
3.25	30230	Heparin anti Xa	Test	400	
3.26	30234	Lupus anticoagulant (confirm), dRVVT (dilute Russell's Viper Venom Time)	Test	300	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีที่ทำ screening แล้วสงสัย จึงตรวจ เพื่อ confirm หรือกรณีติดตามการ รักษา"
3.27	30233	Lupus anticoagulant (screening)	Test	110	
3.28	30202	Partial Thomboplastin Time (PTT)	Test	85	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
3.29	30226	Platelet aggregation (อย่างน้อยต้องมี การตรวจ ADP, Collagen และ Adrenaline)	Test	800	PANEL COAG
3.30	30227	Protein C (chromogenic assay)	Test	720	
3.31	30228	Protein S (chromogenic assay)	Test	840	
3.32	30201	Prothombin Time (PT) and International Normalize Ratio (INR)	Test	75	
3.33	30211	Ristocetin cofactor activity	Test	250	
3.34	30212	Ristocetin induced agglutination (Quantitative)	Test	250	
3.35	30203	Thrombin Time (TT)	Test	80	
3.36	30204	Venous Clotting Time (VCT)	Test	50	
3.37	30209	Von Willebrand factor (Activity)	Test	400	
4. CELL SURFACE MARKER					
4.1	30508	CD3 Count	Test	750	
4.2	30509	CD4 Count	Test	500	
4.3	30510	CD8 Count	Test	500	
4.4	30501	Flow cytometry for acute leukemia panel, Acute Myeloid Leukemia (AML), Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) PANEL.CELLMARKER	Test	2,300	AML panel อย่างน้อยต้องมีการตรวจ Myeloid marker CD7, CD11b, CD13, CD14, CD15, CD16, CD33, CD34, CD45, CD56, CD117, HLA-DR ALL panel อย่างน้อยต้องมีการตรวจ B cell marker CD5, CD10, CD19, CD20, CD45, Kappa, Lambda และ T cell marker CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD45, CD56
4.5	30503	Flow cytometry for detection of DAF (Diaminofluorescein) (CD55 and CD59) (blood)	Test	600	
4.6	30507	Flow cytometry for minimal residual disease, AML panel	Test	1,600	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ Myeloid marker CD7, CD11b, CD13, CD14, CD15, CD16, CD33, CD34, CD45, CD56, CD117, HLA-DR



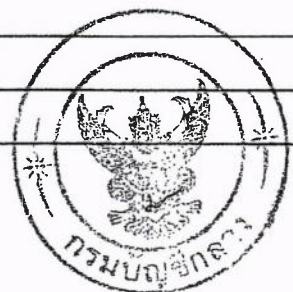
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
4.7	30505	Flow cytometry for minimal residual disease, B-ALL panel (<i>B Lymphocytes</i>)	Test	1,800	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ B cell marker CD5, CD10, CD19, CD20, CD45, Kappa, Lambda
4.8	30506	Flow cytometry for minimal residual disease, T-ALL panel (<i>T Lymphocytes</i>)	Test	1,600	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ T cell marker CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD45, CD56
4.9	30502	Flow cytometry for Non Hodgkin's lymphoma panel	Test	1,800	อย่างน้อยต้องมีการตรวจ CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD19, CD20, CD45, CD56, Kappa, Lambda
4.10	30504	Flow cytometry for CD34 surface antigen (blood)	Test	1,000	
5. HLA - TRANSPLANT					
5.1	30612	HLA - A DNA typing (low resolution)	Test	2,500	
5.2	30628	HLA - A DNA typing (high resolution)	Test	4,000	
5.3	30609	HLA - A, B DNA typing	Test	6,000	
5.4	30614	HLA - A2 DNA subtyping	Test	5,920	
5.5	30615	HLA - ABC DNA typing	Test	7,500	
5.6	30616	HLA - B DNA typing (low resolution)	Test	3,500	
5.7	30629	HLA - B DNA typing (high resolution)	Test	5,000	
5.8	30617	HLA - B15 DNA subtyping	Test	5,920	
5.9	30618	HLA - C DNA typing (low resolution)	Test	1,500	
5.10	30630	HLA - C DNA typing (high resolution)	Test	3,500	
5.11	30619	HLA - DQA DNA typing	Test	6,500	
5.12	30620	HLA antibody screening - Luminex	Test	2,000	PANEL.HLA
5.13	30606	HLA class II DNA high resolution (DRB, DQB) typing	Test	9,120	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
5.14	30611	HLA class II DNA low resolution (DRB, DQB) typing	Test	4,200	PANEL.HLA
5.15	30517	Lymphocyte Crossmatch (T, B cell) (Flow Cytometry)	Test	5,000	
5.16	30603	Lymphocyte crossmatch (T, B cell) ทั้งผู้ให้และผู้รับอวัยวะ	Test	2,400	
5.17	37263	MICA antibody	Test	7,170	
5.18	37264	MICA genotyping	Test	5,990	
5.19	30623	Single Antigen Antibody HLA Class I - Luminex HLA-A & B & C (class I) Ab.IgG panel	Test	10,000	
5.20	30624	Single Antigen Antibody HLA Class II - Luminex HLA-DP & DQ & DR (class II) Ab.IgG panel	Test	9,000	
5.21	30626	Specific PRA HLA Class I - Luminex (HLA-A+B+C Ab)	Test	3,500	
5.22	30627	Specific PRA HLA Class II - Luminex (HLA-DP+DQ+DR Ab)	Test	3,200	
5.23	30602	Transplantation Autoantibody (T, B cell) ทั้งผู้ให้และผู้รับอวัยวะ	Test	2,400	
6. HLA - NON TRANSPLANT					
6.1	30601	HLA-B27 Serologic typing	Test	600	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ช่วยวินิจฉัยโรค Ankylosing Spondylitis" (2) ถ้าจำเป็นต้องตรวจ HLA DNA - B27 typing ให้ใช้รายการ 5.6 HLA - B DNA typing (low resolution) หรือ 5.7 HLA - B DNA typing (high resolution)
6.2	30621	HLA-B*1502 allele -Realtime PCR (HLA-B*15:02)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจก่อนใช้ยา Carbamazepine"
6.3	30622	HLA-B*5801 allele -Realtime PCR (HLA-B*58:01)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจก่อนใช้ยา Allopurinol"
6.4	30607	Transfusion reaction - HLA antibody	Test	800	
7. URINALYSIS					
7.1	31004	Albumin, Urine (Qualitative)	Test	10	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
7.2	31011	Alkaptonuria, Urine (Homogentisate)	Test	50	
7.3	31102	Bence-Jones protein, Urine (Immunoglobulin light chains)	Test	50	
7.4	31006	Bile, Urine	Test	30	
7.5	31005	Glucose, Urine (Qualitative)	Test	10	รายการนี้ ต้องตรวจพร้อมกับรายการ 7.1 Albumin, Urine ไม่มีการตรวจแยกรายการเดียว (urine strip มี 2 แถบ)
7.6	31010	Hemosiderin, Urine	Test	50	
7.7	31007	Ketone, Urine (Test strip)	Test	40	
7.8	31003	pH, Urine	Test	20	
7.9	31101	Pregnancy test, Urine	Test	70	
7.10	31002	Specific gravity	Test	20	
7.11	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) PANEL.UA	Test	60	รวมค่าตรวจ albumin, glucose หากเบิกรายการนี้ จะไม่สามารถเบิกค่าตรวจ albumin และ glucose ได้อีก
7.12	31009	Urobilinogen, Urine	Test	50	
8. CHEMISTRY					
8.1 ELECTROLYTE/CATION					
8.1.1	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50	
8.1.2	34118	Calcium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.3	32110	Calcium, ionized	Test	400	
8.1.4	34006	Calcium, Urine	Test	50	
8.1.5	32104	Chloride	Test	40	
8.1.6	32105	CO2	Test	40	
8.1.7	31012	Iodine, Urine	Test	120	
8.1.8	30304	Iron, Serum	Test	100	
8.1.9	32107	Magnesium	Test	50	
8.1.10	34119	Magnesium, 24 hr Urine	Test	60	
8.1.11	32101	Osmolarity, Serum	Test	130	
8.1.12	34001	Osmolarity, Urine	Test	120	
8.1.13	32109	Phosphorus (Phosphate)	Test	50	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.1.14	34120	Phosphorus, 24 hr Urine	Test	60	
8.1.15	32103	Potassium	Test	40	
8.1.16	34121	Potassium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.17	34004	Potassium, Urine	Test	40	
8.1.18	32102	Sodium	Test	40	
8.1.19	34122	Sodium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.20	34002	Sodium, Urine	Test	40	
8.1.21	32108	Zinc, Serum/Urine	Test	220	
8.2 INORGANIC/ORGANIC					
8.2.1	32210	Ammonia	Test	350	
8.2.2	37254	B-crosslaps (<i>Collagen crosslinked C-telopeptide</i>)	Test	450	ข้อบ่งชี้ "ใช้ดูการสลายกระดูก"
8.2.3	32414	Beta carotene	Test	1,000	
8.2.4	32207	Bilirubin, Direct (<i>Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound</i>)	Test	40	
8.2.5	32209	Bilirubin, Micro (<i>Neonatal bilirubin panel</i>)	Test	40	
8.2.6	32208	Bilirubin, Total	Test	40	
8.2.7	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	40	
8.2.8	34124	Citrate, 24 hr Urine	Test	530	
8.2.9	32202	Creatinine	Test	40	
8.2.10	34102	Creatinine, 24 hr Urine	Test	50	
8.2.11	34101	Creatinine, Urine	Test	40	
8.2.12	30306	Ferritin	Test	310	
8.2.13	32415	Folate	Test	240	
8.2.14	32206	Fructosamine	Test	120	
8.2.15	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) (<i>Quantitative</i>)	Test	40	
8.2.16	30311	Homocysteine	Test	480	
8.2.17	32216	Ketones, Serum (<i>Quantitative</i>)	Test	150	
8.2.18	32008	Lactate	Test	150	



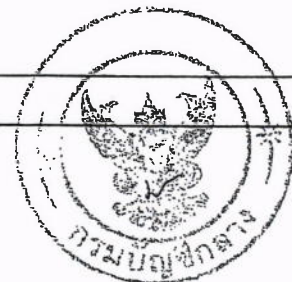
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.2.19	32501	Lipid - Cholesterol	Test	60	(1) สำหรับกรณีการแยกตรวจเฉพาะบางรายการ (2) ถ้าตรวจ Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG) ให้เบิกรายการ 8.6.4 Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG) รหัส 32004
8.2.20	32503	Lipid - HDL - cholesterol Cholesterol in HDL	Test	100	
8.2.21	32502	Lipid - TG (Triglyceride)	Test	60	
8.2.22	32504	Lipid - LDL - chol (direct) Cholesterol in LDL, Direct assay สั่งรายการเดียว	Test	150	
8.2.23	34125	Oxalate, Urine (Quantitative)	Test	1,100	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยที่มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ"
8.2.24	34115	Porphyrin, Urine (Quantitative)	Test	120	
8.2.25	34126	Sulfate, Urine (Quantitative)	Test	710	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยที่มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ"
8.2.26	32205	Uric acid (Urate)(Quantitative)	Test	60	
8.2.27	32409	Vitamin A (Retinol)	Test	1,000	
8.2.28	32410	Vitamin B1 (Thiamine)	Test	150	
8.2.29	32416	Vitamin B2 (Riboflavin)	Test	550	
8.2.30	32417	Vitamin B6 (Pyridoxine)	Test	550	
8.2.31	32411	Vitamin B12 (Cobalamins)	Test	240	
8.2.32	32412	Vitamin C (Ascorbic acid)	Test	300	
8.2.33	32418	Vitamin D (Calciferol) Vitamin D2	Test	900	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยโรค Rickets และเมื่อสงสัยภาวะพร่องวิตามินดี"
8.2.34	32413	Vitamin E (Tocopherols)	Test	1,000	
8.3 ENZYME/PROTEIN					
8.3.1	32301	Acid phosphatase, Total	Test	150	
8.3.2	33801	Adenosine deaminase (body fluid)	Test	200	
8.3.3	32403	Albumin (Quantitative)	Test	30	
8.3.4	32314	Aldolase	Test	150	
8.3.5	32309	Alkaline phosphatase	Test	40	
8.3.6	37250	Alpha 1 antitrypsin (Quantitative)	Test	400	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในผู้ป่วยตับแข็งหรือถุงลมปอดโป่งพองที่ไม่ทราบสาเหตุ"
8.3.7	32303	Amylase, Serum	Test	100	
8.3.8	34114	Amylase, Urine	Test	80	



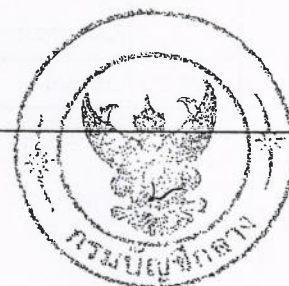
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.3.9	32505	Apo lipoprotein A	Test	200	
8.3.10	32506	Apo lipoprotein B	Test	200	
8.3.11	37304	Beta 2 microglobulin, serum/urine (Quantitative)	Test	480	
8.3.12	37315	Beta 2 glycoprotein IgG (β 2 GP1) (Quantitative)	Test	300	
8.3.13	32406	Ceruloplasmin	Test	360	
8.3.14	33803	Cholinesterase, Plasma or red cell (Quantitative)	Test	200	
8.3.15	32305	Creatine Kinase-MB (CK-MB)	Test	90	
8.3.16	32304	Creatinine Phosphokinase (CPK) (Creatine kinase) (Quantitative)	Test	75	
8.3.17	37103	C-reactive protein (CRP) (Quantitative)	Test	130	
8.3.18	37218	C-reactive protein (CRP), High sensitivity	Test	250	
8.3.19	37219	Cryoglobulin (Qualitative)	Test	100	
8.3.20	30310	G-6-PD Qualitative	Test	70	
8.3.21	30322	G-6-PD Quantitative	Test	230	
8.3.22	32312	Gamma glutamyl transpeptidase	Test	130	
8.3.23	30317	Haptoglobin (Quantitative)	Test	200	
8.3.24	32401	Hb A1C	Test	150	
8.3.25	32306	LDH Lactate dehydrogenase (Quantitative)	Test	60	
8.3.26	32315	LDH isoenzyme	Test	250	
8.3.27	32313	Lipase (Triacylglycerol lipase)	Test	200	
8.3.28	32507	Lipoprotein a	Test	250	
8.3.29	34116	Microalbumin, Urine	Test	270	
8.3.30	32316	Myoglobin (Quantitative)	Test	300	
8.3.31	32407	NT-pro BNP (Natriuretic peptide.B prohormone N-Terminal)	Test	1,300	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.3.32	32614	Osteocalcin	Test	250	เป็นการตรวจ bone turnover ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน (osteoporosis)/ตรวจฮอร์โมนกระดูก ดูการสลายกระดูกโดยรวม
8.3.33	32408	Prealbumin	Test	300	
8.3.34	32310	SGOT (AST <i>Aspartate aminotransferase</i>)	Test	40	
8.3.35	32311	SGPT (ALT <i>Alanine aminotransferase</i>)	Test	40	
8.3.36	37596	Thiopurine methyltransferase activity วิธี HPLC (<i>TPMT gene targeted mutation analysis</i>)	Test	1,100	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจผู้ป่วยที่ได้รับยา azathioprine และเกิด severe bone marrow suppression"
8.3.37	32630	Thyroglobulin, Serum	Test	400	
8.3.38	30305	TIBC (<i>Iron binding capacity</i>)	Test	80	
8.3.39	34301	Total protein (<i>Quantitative</i>)	Test	60	
8.3.40	34104	Total protein, 24 hr Urine (<i>Quantitative</i>)	Test	50	
8.3.41	34103	Total protein, Urine random (<i>Quantitative</i>)	Test	40	
8.3.42	30307	Transferrin	Test	250	
8.3.43	32307	Troponin	Test	260	
8.4 HORMONE					
8.4.1	34112	17-KS, Urine	Test	250	
8.4.2	32606	17-OH-progesterone (<i>17-Hydroxyprogesterone</i>)	Test	1,700	ข้อบ่งชี้ "เพื่อใช้ผลในการวินิจฉัยโรคทางระบบต่อมหมวกไต"
8.4.3	34113	17-OHCS, Urine (<i>17-Hydroxycorticosteroids</i>)	Test	250	
8.4.4	32601	ACTH (<i>Corticotropin</i>)	Test	350	
8.4.5	32604	Aldosterone	Test	720	
8.4.6	32624	C-peptide	Test	350	
8.4.7	32615	Calcitonin	Test	500	
8.4.8	34107	Catecholamine, Urine (<i>Quantitative</i>)	Test	1,500	
8.4.9	32603	Cortisol	Test	300	



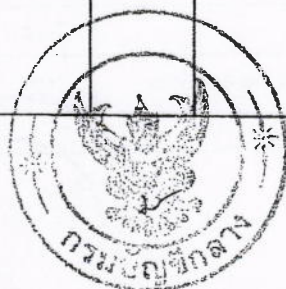
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.4.10	32607	DHEA-sulphate (Dehydroepiandrosterone sulfate)	Test	300	
8.4.11	30308	EPO (erythropoietin)	Test	250	
8.4.12	32618	Estradiol	Test	170	
8.4.13	34111	Free cortisol, Urine	Test	250	
8.4.14	32616	FSH (Follicle stimulating hormone) (Follitropin)	Test	135	
8.4.15	32623	Growth hormone (Somatotropin)	Test	600	ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.16	34110	HIAA, Urine (5-Hydroxyindoleacetic acid)	Test	250	
8.4.17	34109	HVA (Homovanillic acid), Urine (Quantitative)	Test	600	
8.4.18	32625	Insulin (Quantitative)	Test	250	
8.4.19	32626	Insulin - IGF1 (Insulin-like growth factor-I)	Test	720	ข้อบ่งชี้ "สงสัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.20	32627	Insulin - IGF BP3 (Insulin-like growth factor binding protein 3) (Quantitative)	Test	480	ข้อบ่งชี้ "สงสัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.21	32617	LH (Lutropin)	Test	190	
8.4.22	33316	Metanephrine and normetanephrine, plasma	Test	1,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Neuroendocrine tumor"
8.4.23	34108	Metanephrine, Urine	Test	1,000	
8.4.24	37313	NSE (Neuron-specific enolase)	Test	500	
8.4.25	32619	Progesterone	Test	250	
8.4.26	32622	Prolactin	Test	300	
8.4.27	32613	PTH (intact) (Parathyrin.intact)	Test	210	
8.4.28	32605	Renin	Test	800	
8.4.29	32620	Testosterone (Quantitative)	Test	190	
8.4.30	32612	Thyroid hormone - Free T3 (Free Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine.free)	Test	170	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.4.31	32610	Thyroid hormone - Free T4 (Free Thyroxine)	Test	150	
8.4.32	32611	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine)	Test	150	
8.4.33	32608	Thyroid hormone - TSH (Thyroid Stimulating Hormone) (Thyrotropin) (Quantitative)	Test	170	
8.4.34	32632	Thyroid hormone - TSH, Neonatal blood spot (IRMA) (Immunoradiometric assay)	Test	50	
8.4.35	34105	Vanillylmandelic acid (VMA), Urine	Test	300	
8.5 TUMOR MARKER					
8.5.1	37302	Alpha Fetoprotein (AFP) (Alpha-1-Fetoprotein)	Test	250	ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย germ cell tumor หรือผู้ป่วยที่มีก้อนที่ตับสงสัยว่าเป็น hepatocellular carcinoma"
8.5.2	37303	Beta - HCG (Choriogonadotropin.beta subunit) (Quantitative)	Test	160	
8.5.3	37306	CA 125 (Cancer Ag 125) (Quantitative)	Test	550	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ และใช้ติดตามภายหลังการ
8.5.4	37307	CA 19-9 (Cancer Ag 19-9) (Quantitative)	Test	550	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนหรือทางเดินน้ำดี และใช้ติดตามภายหลังการรักษา"
8.5.5	37308	CEA (Carcinoembryonic antigen)	Test	280	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ และใช้ติดตามภายหลังการ
8.5.6	37311	Free PSA (Prostate specific Ag.free)	Test	400	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในกรณีที่ PSA ก้ำกึ่งว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งมีค่า PSA อยู่ระหว่าง 4 - 10 ng/ml"
8.5.7	37305	HCG titer (Choriogonadotropin)	Test	300	
8.5.8	37310	PSA (Prostate-specific antigen)	Test	300	
8.6 PANEL CHEM					
8.6.1	32002	Blood gas analysis	Test	195	
8.6.2	37505	Carnitine/acylcarnitine analysis	Test	2,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6.3	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO ₂)	Test	100	
8.6.4	32004	Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)	Test	200	
8.6.5	32005	Lipoprotein electrophoresis	Test	300	
8.6.6	32003	Liver function test	Test	290	ประกอบด้วย การตรวจ ALT, AST, Alkaline phosphatase, Direct Bilirubin, Total Bilirubin, Albumin และ Total protein
8.6.7	37501	Metabolic screen	Test	200	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.8	37502	Quantitative plasma amino acid analysis	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.9	31511	Stone composition analysis	Test	560	
8.6.10	37503	Urine organic acid analysis	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.11	37504	Urine Thin layer chromatography for MPS (Mucopolysaccharidosis) (ตรวจ Glycosaminoglycans)	Test	2,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
9. CHALLENGE TEST					
9.1	32635	ACTH (1 mg) Stimulation (for cortisol)	Test	2,740	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ cortisol (ค่าเจาะตรวจ) 3 ครั้ง รวมค่ายา
9.2	32636	ACTH (250 mcg) Stimulation (for cortisol)	Test	1,180	(2) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ cortisol (ค่าเจาะตรวจ) 3 ครั้ง รวมค่ายา
9.3	37231	Bromocriptine test (for GH)	Test	1,400	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรค acromegaly" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ Growth hormone 5 ครั้ง รวมค่ายา Bromocriptine
9.4	32637	Insulin Tolerance Test (for POCT, cortisol and GH)	Test	4,100	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่าย ค่าตรวจ GH, cortisol และ glucose (POCT) จำนวน 7 ครั้ง



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
9.5	32204	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 2 ครั้ง	Test	170	ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน (เป็นการตรวจตาม WHO guideline)
9.6	32218	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 5 ครั้ง	Test	300	ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน"
9.7	37248	OGTT for GH	Test	1,700	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรค acromegaly" (2) ราคาเหมาจ่าย ค่าตรวจน้ำตาล 6 ครั้ง และตรวจ GH 5 ครั้ง
10. DRUG/TOXICOLOGY					
10.1	33107	Acetaminophen (quantitative)	Test	300	
10.2	33550	Acetone (quantitative)	Test	250	
10.3	33901	Alcohols, blood (quantitative)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรด โดยไม่ทราบสาเหตุ"
10.4	33501	Aluminium (quantitative)	Test	360	
10.5	33006	Amikacin (quantitative)	Test	350	ใช้ตรวจกรณีช่วยในการกำหนดขนาดและความถี่ของการบริหารยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหน้าที่ไตบกพร่อง แต่จำเป็นต้องใช้ยา
10.6	33112	Amitriptyline (quantitative)	Test	1,000	
10.7	33701	Amphetamine	Test	100	
10.8	33114	Antidepressants	Test	300	
10.9	37239	Antihistamines (qualitative)	Test	200	
10.10	33502	Arsenic (Gastric Lavage, Toxin sample)	Test	200	ตรวจจากปัสสาวะและเลือด ใช้วิธี atomic absorption spectroscopy AAS ได้ผลเป็นปริมาณ โดยส่วนใหญ่จะตรวจในปัสสาวะ
10.11	33503	Arsenic (quantitative จาก Urine, EDTA blood)	Test	600	ส่วนการตรวจจาก toxin sample อื่น ใช้วิธี color test ได้ผลเป็นบวก-ลบ
10.12	33118	Barbiturates (quantitative)	Test	450	
10.13	33552	Benzene (quantitative)	Test	250	
10.14	33123	Benzodiazepine (qualitative)	Test	100	
10.15	33524	Cadmium (quantitative)	Test	380	
10.16	33702	Cannabinoid	Test	450	
10.17	33602	Carbamate	Test	200	
10.18	33101	Carbamazepine (quantitative)	Test	300	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
10.19	33554	Chloroform	Test	300	
10.20	33505	Chromium (quantitative)	Test	380	
10.21	33506	Copper (quantitative)	Test	220	
10.22	33515	Cyanide (quantitative)	Test	200	
10.23	33201	Cyclosporin (quantitative)	Test	1,000	
10.24	33302	Digoxin (quantitative)	Test	240	
10.25	33555	Ethanol (Ethyl alcohol) วิธี GC	Test	300	
10.26	33208	Everolimus (quantitative)	Test	1,100	
10.27	31104	Hippuric acid (qualitative)	Test	200	
10.28	33151	Imipramine (qualitative)	Test	200	
10.29	33556	Isopropanol (qualitative)	Test	280	
10.30	33508	Lead (quantitative)	Test	400	
10.31	33110	Lithium (quantitative)	Test	380	
10.32	33517	Manganese (quantitative)	Test	220	
10.33	33705	Marijuana (Cannabinoid) วิธี immunoassay	Test	145	
10.34	33512	Mercury (quantitative)	Test	380	
10.35	33707	Methadone, Confirm test (quantitative)	Test	840	
10.36	33708	Methamphetamine (qualitative)	Test	100	
10.37	33709	Methamphetamine, Confirm test (quantitative)	Test	1,000	
10.38	33557	Methanol วิธี GC	Test	270	
10.39	33710	Morphine (quantitative)	Test	100	ใช้ในกรณีที่ตรวจ opiates แล้วได้ผล positive
10.40	33727	Mycophenolate (quantitative)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ให้เบิกได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับยา Mycophenolate และเบิกได้ไม่เกิน 4 ครั้ง (Test) ต่อวัน" (ตรวจ 1 specimen ราคา 1,000 บ. ต่อ test)
10.41	33513	Nickel (quantitative)	Test	380	
10.42	33725	Opiates (quantitative)	Test	450	
10.43	33610	Organochlorine (Type)	Test	1,000	
10.44	33611	Organonitrogen	Test	1,000	
10.45	33604	Organophosphate (qualitative)	Test	120	



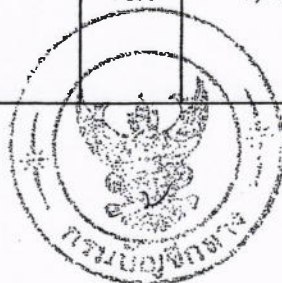
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
10.46	33605	Paraquat (<i>qualitative</i>)	Test	200	
10.47	33102	Phenobarbital (<i>quantitative</i>)	Test	240	
10.48	33171	Phenothiazine (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.49	33103	Phenytoin (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.50	33319	Pyrethrins	Test	1,000	
10.51	33108	Salicylate (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.52	33204	Sirolimus (<i>quantitative</i>)	Test	1,000	
10.53	36387	Surfactant	Test	200	
10.54	33203	Tacrolimus (<i>quantitative</i>)	Test	1,000	
10.55	33301	Theophylline (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.56	33558	Thinner (<i>Toluene</i>)	Test	200	
10.57	33104	Valproic acid/Sodium valproate (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.58	33005	Vancomycin (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.59	33560	Volatile Organic Compounds	Test	800	
10.60	33607	Zinc Phosphide	Test	100	
11. MICROBIOLOGY					
11.1 BACTERIA					
11.1.1	35101	Aerobic culture and sensitivity	Test	250	
11.1.2	35102	Anaerobic culture and sensitivity	Test	300	
11.1.3	36012	B. pseudomallei - Ab (Meliod titer) - Indirect hemagglutination assay (IHA)	Test	100	
11.1.4	36061	B. pseudomallei - Ab (Meliod titer) IgM/IgG quantification- Immunofluorescent assay (IFA)	Test	200	
11.1.5	36021	Bacterial Antigen (CSF), including H. influenzae, N. meningitidis, S. pneumoniae, S. agalactiae	Test	800	
11.1.6	36024	Brucella spp. Ab	Test	100	
11.1.7	36017	Clostridium difficile toxin (<i>Qualitative</i>)	Test	500	
11.1.8	35002	Gram stain	Test	65	



ลำดับ	รหัส รายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.1.9	36013	Haemophilus influenzae type b Ag	Test	200	
11.1.10	35201	Helicobacter pylori - Urease test (gastric biopsy)	Test	50	
11.1.11	36015	Helicobacter pylori (CLO)	Test	300	
11.1.12	36014	Helicobacter pylori/Ab (Quantitative)	Test	500	
11.1.13	35105	Hemoculture and sensitivity, Automate ต่อ 1 ขวด	Test	300	เหมือนกับรายการ 11.1.1 Aerobic culture and sensitivity แต่ aerobic culture and sensitivity ตรวจได้ทั้งในเลือดและ specimen อื่น
11.1.14	36025	Legionella pneumophila DNA detection, NP wash	Test	750	เป็นการตรวจจาก nasopharyngeal aspirate หรือ wash ด้วยวิธี PCR
11.1.15	36026	Legionella pneumophila Ag, urine ด้วยวิธี IC assay	Test	1,190	เป็นการตรวจในปัสสาวะด้วยวิธี immunochromatographic assay (IC assay)
11.1.16	36007	Leptospira spp. Ab detection (Qualitative)	Test	200	
11.1.17	35111	Minimum Bactericidal Concentration (MBC)	Test	150	
11.1.18	35109	Minimum Inhibitory Concentration (MIC)	Test	150	
11.1.19	36023	Mycoplasma pneumoniae Ab	Test	250	
11.1.20	36046	Mycoplasma pneumoniae, quantitative DNA detection	Test	1,110	ข้อบ่งชี้ "เมื่อการตรวจ Mycoplasma pneumoniae Ab ให้ผลลบ ลักษณะทางคลินิกยังสงสัยว่าจะเป็นเชื้อ mycoplasma"
11.1.21	36010	Neisseria meningitidis Ag detection (Qualitative)	Test	250	
11.1.22	36053	Orientia tsutsugamushi (Scub Typhus) Ab detection	Test	200	
11.1.23	36740	Rickettsia typhi Ab detection	Test	200	
11.1.24	36001	Streptococcus gr A - Anti - Streptolysin O	Test	110	
11.1.25	36009	Streptococcus gr B Ag	Test	250	
11.1.26	36008	Streptococcus pneumoniae Ag	Test	250	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.1.27	31502	Treponema pallidum - Dark field examination	Test	50	
11.1.28	36004	Treponema pallidum - FTA - Abs	Test	200	
11.1.29	36006	Treponema pallidum - TPHA	Test	100	รายการ "Treponema pallidum - TPHA"
11.1.30	36003	Treponema pallidum - VDRL (RPR) (Reagin Ab, D400)	Test	50	และ "Treponema pallidum - VDRL (RPR)" ใช้แทนกันได้
11.2 MYCOBACTERIA					
11.2.1	35001	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	60	
11.2.2	35250	IFN- γ release assay for TB (<i>Mycobacterium tuberculosis stimulated gamma interferon panel</i>)	Test	2,300	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีสงสัยว่าเป็นวัณโรค แต่การตรวจสิ่งส่งตรวจไม่พบเชื้อ เพื่อยืนยันว่าไม่ได้ติดเชื้อวัณโรคในกรณีที่มีการทดสอบนี้ได้ผลลบ"
11.2.3	35005	Modified acid-fast stain	Test	70	
11.2.4	35113	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for NTM	Test	800	
11.2.5	36036	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for 1st line anti-TB ชื่อยา INH, RIF, EMB, PZN, SM	Test	250	
11.2.6	36037	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for 2nd line anti-TB ชื่อยา Kanamycin, Levofloxacin	Test	350	
11.2.7	35103	Mycobacterium culture	Test	200	
11.2.8	36018	Mycobacteria: direct PCR	Test	880	
11.3 VIRUS					
11.3.1	36552	Adenovirus Ag (Qualitative)	Test	250	เป็นการตรวจ qualitative โดยเมื่อตรวจแล้วได้ผล positive จะตรวจ viral load ต่อ แต่ถ้าได้ผล negative จะตรวจ DNA detection
11.3.2	36553	Adenovirus DNA detection (Qualitative)	Test	570	ตรวจรายการนี้ เมื่อตรวจ Adenovirus Ag แล้วได้ผล negative
11.3.3	36555	Adenovirus, viral load	Test	1,540	ตรวจรายการนี้เมื่อตรวจ Adenovirus Ag และ Adenovirus DNA detection แล้วได้ผล positive และใช้ติดตามการรักษา



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.4	36700	Avian influenza virus Ag (rapid)	Test	480	
11.3.5	36504	Avian influenza virus, qualitative RT-PCR	Test	1,600	
11.3.6	36603	Chikungunya virus RNA detection	Test	580	
11.3.7	36601	Chikungunya Ab (Quantitative)	Test	250	
11.3.8	36710	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i> DNA detection	Test	570	
11.3.9	36713	Chlamydia trachomatis Ag	Test	220	
11.3.10	36580	Coxsackie B virus neutralizing Ab (NT)	Test	500	
11.3.11	36440	Cytomegalovirus (CMV) Ab	Test	250	
11.3.12	36443	Cytomegalovirus (CMV) viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	2,500	
11.3.13	36461	Cytomegalovirus (CMV) Ag	Test	450	
11.3.14	36614	Dengue virus Ag NS1	Test	260	
11.3.15	36610	Dengue virus Ab (qualitative)	Test	260	
11.3.16	36613	Dengue virus, qualitative RT - PCR	Test	900	ข้อบ่งชี้ "ใช้ติดตามการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ"
11.3.17	36464	Echovirus Ag	Test	350	
11.3.18	36750	Enterovirus 71 Ag	Test	350	
11.3.19	36752	Enterovirus 71 RNA detection	Test	870	
11.3.20	36755	Enterovirus Ag	Test	390	
11.3.21	36466	Enterovirus RNA detection	Test	710	
11.3.22	36430	Epstein-Barr virus EBV Ab detection	Test	300	
11.3.23	36433	Epstein-Barr virus EBV, viral load RT - PCR	Test	1,600	
11.3.24	31302	Giemsa stain for Virus or Parasite	Test	70	
11.3.25	36302	Hepatitis A virus - Anti HAV IgM (ELISA)	Test	400	
11.3.26	36311	Hepatitis B virus HBc Ab (Hepatitis B virus core Ab)	Test	200	
11.3.27	36312	Hepatitis B virus HBc Ab (IgM)	Test	300	
11.3.28	36315	Hepatitis B virus Hbe Ab	Test	300	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.29	36314	Hepatitis B virus Hbe Ag	Test	180	
11.3.30	36317	Hepatitis B virus HBs Ab detection	Test	150	
11.3.31	36319	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	130	
11.3.32	36318	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	70	
11.3.33	36321	Hepatitis B virus HBs - Quantitative Ag	Test	2,200	
11.3.34	36323	Hepatitis B virus HBV Genotype, drug resistance	Test	3,200	
11.3.35	36320	Hepatitis B virus HBV PCR - viral load	Test	1,300	
11.3.36	36334	Hepatitis C virus HCV genotype (line-probe)	Test	2,800	
11.3.37	36333	Hepatitis C virus HCV viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	2,300	
11.3.38	36331	Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)	Test	300	
11.3.39	36384	Hepatitis D virus HDV anti - HDV Ab	Test	300	
11.3.40	36385	Hepatitis E virus HEV Ab	Test	300	
11.3.41	36450	HHV-6 (Human Herpesvirus type 6) PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.42	36451	HHV-7 PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.43	36452	HHV-8 PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.44	36362	HIV viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,800	
11.3.45	36372	HIV-1 Drug resistance genotype to protease inhibitors (PI)	Test	3,700	
11.3.46	36370	HIV-1 Drug resistance genotype (3-Drug Class Resistance, 3-DCR)	Test	6,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.47	36371	HIV-1 Drug resistance genotype to reverse transcriptase inhibitors (NRTI, NNRTI)	Test	3,700	
11.3.48	36352	HIV Ab (confirm) - WESTERN BLOT	Test	1,000	
11.3.49	36351	HIV Ab (screening)	Test	120	
11.3.50	36350	HIV Ab (screening) - RAPID	Test	220	
11.3.51	36360	HIV Ag (Qualitative)	Test	130	
11.3.52	31503	HSV detection - Tzank's smear (Wright's stain)	Test	80	
11.3.53	31501	HSV direct Ag detection with Immunofluorescence assay	Test	200	
11.3.54	36405	HSV type 1&2 viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,400	
11.3.55	36402	HSV-1 and -2 Ab detection	Test	300	
11.3.56	36406	HSV-1 and -2, isolation (culture)	Test	500	
11.3.57	36353	HTLV-1 Ab	Test	150	
11.3.58	36760	Human Metapneumovirus Ag	Test	330	
11.3.59	36762	Human metapneumovirus RNA detection	Test	890	
11.3.60	36506	Influenza A and B virus Ag (rapid test)	Test	350	เป็นการตรวจขั้นต้นว่ามี virus หรือไม่ แต่ยังไม่ทราบสายพันธุ์
11.3.61	36508	Influenza A virus RNA detection (Quantitative)	Test	1,200	
11.3.62	36514	Influenza A virus Ag	Test	270	เป็นการตรวจต่อจาก Influenza A and B virus Ag (rapid test) เพื่อให้ทราบว่า เป็นสายพันธุ์อะไร ซึ่งเพียงพอสำหรับการรักษา
11.3.63	36516	Influenza B virus RNA detection (Quantitative)	Test	580	
11.3.64	36517	Influenza B virus Ag	Test	270	เป็นการตรวจต่อจาก Influenza A and B virus Ag (rapid test) เพื่อให้ทราบว่า เป็นสายพันธุ์อะไร ซึ่งเพียงพอสำหรับการรักษา
11.3.65	37803	Japanese encephalitis virus (JEV) RNA detection	Test	860	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.66	36620	Japanese encephalitis virus Ab (Qualitative)	Test	250	
11.3.67	36671	JC Virus and BK Virus viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,600	
11.3.68	36655	Measles virus Ab IgG	Test	250	
11.3.69	36656	Measles virus Ab IgM	Test	250	
11.3.70	36650	Mumps Ab IgG (ELISA)	Test	250	
11.3.71	36684	Mumps Ab IgM (ELISA)	Test	250	
11.3.72	36521	Parainfluenza virus Ag (ชนิดละ)	Test	270	กำหนดให้ตรวจ Parainfluenza virus Ag (ชนิดละ) หรือ Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgG (ELISA) หรือ Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgM (ELISA) อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
11.3.73	36520	Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgG (ELISA)	Test	270	
11.3.74	36527	Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgM (ELISA)	Test	270	
11.3.75	36681	Parvo virus B19 PCR (Real time PCR) Quantitative	Test	1,300	
11.3.76	36680	Parvo virus B19 Ab IgG (ELISA)	Test	-	
11.3.77	36680	Parvo virus B19 Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.78	36642	Rabies virus (NASBA) (Nucleic Acid Sequence Based Amplification)	Test	1,500	
11.3.79	36640	Rabies virus Ab	Test	300	
11.3.80	36641	Rabies virus Ag (FTA)	Test	250	
11.3.81	36541	Respiratory syncytial virus (RSV) Ag	Test	350	
11.3.82	36540	Respiratory syncytial virus Ab IgG (ELISA)	Test	-	
11.3.83	36540	Respiratory syncytial virus Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.84	36570	Rota virus Ag	Test	200	
11.3.85	36571	Rotavirus RNA detection	Test	250	
11.3.86	36660	Rubella Ab IgG	Test	200	
11.3.87	36661	Rubella Ab IgM	Test	300	
11.3.88	36420	Varicella zoster virus (VZV) Ab IgG (ELISA)	Test	300	



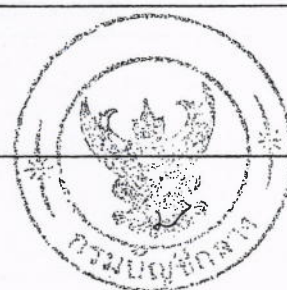
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.89	36420	Varicella zoster virus (VZV) Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.90	36421	Varicella zoster virus (VZV) Quantitative (Real time PCR)	Test	1,500	
11.4 FUNGUS					
11.4.1	35116	Aspergillus: galactomannan Ag detection (Quantitative)	Test	500	
11.4.2	37227	Cryptococcal Ag, serum/CSF (Qualitative)	Test	270	
11.4.3	35107	Culture for fungus	Test	300	
11.4.4	35114	Fungus: antimicrobial susceptibility test	Test	600	
11.4.5	35240	Fungus: Molecular identification	Test	1,760	
11.4.6	35003	Indian ink preparation	Test	60	
11.4.7	35004	KOH preparation	Test	60	
11.4.8	36106	Pythium Ab detection	Test	200	
11.5 PROTOZOA					
11.5.1	31223	Amoeba - Special stain for free-living amoeba (Giemsa's staining)	Test	160	
11.5.2	31224	Amoeba - Special stain for free-living amoeba (Trichrome staining)	Test	250	
11.5.3	31225	Cryptosporidium (modified acid fast stain)	Test	70	
11.5.4	36208	Entamoeba histolytica Ab	Test	600	
11.5.5	36212	Leishmania NNE culture	Test	410	
11.5.6	31214	Malaria, thick film	Test	50	
11.5.7	30126	Malaria, thin film	Test	50	
11.5.8	35006	Microsporidia, special stain	Test	120	
11.5.9	31217	Naegleria /Acanthamoeba NNE culture	Test	240	
11.5.10	31303	Pneumocystis carinii, special stain	Test	150	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.5.11	36202	Pneumocystis carinii - Fluorescent Assay	Test	300	
11.5.12	31221	Protozoa detection, special stain	Test	120	
11.5.13	36103	Toxoplasma Ab IgG (<i>Quantitative</i>)	Test	250	
11.5.14	36103	Toxoplasma Ab IgM (<i>Quantitative</i>)	Test	250	
11.6 PARASITE					
11.6.1	31212	Angiostrongylus Ab	Test	910	
11.6.2	37214	Arthropod identification	Test	160	
11.6.3	36203	Cysticercosis Ab (<i>Taenia solium larva Ab</i>)	Test	120	
11.6.4	31207	Enterobiasis - Scotch tape technique	Test	120	
11.6.5	31307	Filariasis - Giemsa stain	Test	190	
11.6.6	37268	Filariasis - IgG4 Ab	Test	730	
11.6.7	37601	Filariasis - Real time PCR	Test	690	
11.6.8	31215	Gnathostomiasis Ab	Test	910	
11.6.9	36217	Paragonimiasis Ab	Test	1,120	
11.6.10	31218	Parasite identification (<i>Ova & parasites identified</i>)	Test	160	
11.6.11	35008	Scabiasis	Test	60	
11.6.12	37906	Simple sedimentation (Stool)	Test	160	
11.6.13	31219	Stool concentration (Formalin-ethyl acetate technique/Kato's Thick smear)	Test	160	
11.6.14	36215	Trichinosis Ab	Test	1,730	
11.6.15	35007	Wet smear for ova/parasite	Test	60	
12. SEROLOGY					
12.1	37015	Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies (ANCA) (<i>Quantitative</i>)	Test	360	
12.2	37004	Anti-dsDNA Ab (<i>DNA double strand Ab, Quantitative</i>)	Test	210	



ลำดับ	รหัส รายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
12.3	37010	Anti-La (SS-B) Ab (<i>Sjogrens syndrome-B extractable nuclear Ab Quantitative</i>)	Test	400	
12.4	37018	Anti-LKM (Liver-Kidney-Microsome) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	360	
12.5	37013	Anti-MPO (Myeloperoxidase) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	550	
12.6	37008	Anti-nRNP Ab (ELISA) (<i>Ribonucleoprotein extractable nuclear Ab Quantitative</i>)	Test	350	
12.7	37007	Anti-nRNP Ab (Immunodiffusion) (<i>Ribonucleoprotein extractable nuclear Ab Qualitative</i>)	Test	110	
12.8	37014	Anti-PR3 (Proteinase 3) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	550	
12.9	37009	Anti-Ro (SS-A) Ab (<i>Sjogrens syndrome-A extractable nuclear Ab, Quantitative</i>)	Test	400	
12.10	37011	Anti-Scl 70 Ab	Test	110	
12.11	37005	Anti-Sm Ab (<i>Smith extractable nuclear Ab</i>)	Test	110	
12.12	37006	Anti-Sm Ab (ELISA)	Test	270	
12.13	37017	Anti-Smooth muscle Ab	Test	300	
12.14	37211	Anti-Thyroglobulin Ab	Test	200	
12.15	37012	Anticentromere Ab	Test	300	
12.16	37016	Antimitochondrial Ab	Test	300	
12.17	37003	Antinuclear Ab (FANA, ANA)	Test	450	
12.18	37001	Rheumatoid factor - Latex (<i>Qualitative</i>)	Test	80	
12.19	37002	Rheumatoid factor - Nephelometry (<i>Quantitative, Titer</i>)	Test	200	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
13. IMMUNO					
13.1	37107	Complement C4 level (Quantitative)	Test	300	
13.2	37105	Complement CH50 (Complement total hemolytic CH50, Quantitative)	Test	150	
13.3	37101	Complement C3 level - Latex (Qualitative)	Test	60	
13.4	37102	Complement C3 level - Nephelometry (Quantitative)	Test	250	
13.5	37205	Immunoglobulin level IgA (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders"
13.6	37350	Immunoglobulin level IgE (total)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome"
13.7	37201	Immunoglobulin level IgG (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion"
13.8	37206	Immunoglobulin level IgM (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia"
14. PANEL SERO/IMMUNO					
14.1	33154	Immunofixation electrophoresis	Test	1,470	ข้อบ่งชี้ "ใช้เฉพาะกรณี plasma cell disorders"
14.2	32006	Protein electrophoresis, serum/urine	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับผู้ป่วย hyperglobulinemia และ plasma cell disorders"
15. ALLELGRY					

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ

1. ตรวจยืนยันกรณีที่ผล skin prick test ออกมาเป็นลบ แต่ยังคงสงสัยโรคภูมิแพ้
2. ตรวจวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนเกรงว่า การทดสอบ skin prick test จะเป็นอันตรายได้ รวมถึงในเด็กที่ไม่ร่วมมือในการทดสอบ
3. ตรวจวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยา Antihistamine รวมถึงกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วย skin prick test ได้ เช่น ผู้ป่วย dermatitis สตรีมีครรภ์
4. ตรวจติดตามระดับของ Allergen Specific IgE ในเลือด เพื่อการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต ศอ นาสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย					
15.1	37351	Specific IgE to mixture of food allergens (screening test)	Test	450	
15.2	37353	Specific IgE to mixture of respiratory (inhalant) allergens (screening test)	Test	350	
15.3	37355	Specific IgE, quantitative (1 allergen)	Test	450	
15.4	37357	Specific IgE, quantitative (3 allergens)	Test	1,200	
15.5	37359	Specific IgE, quantitative (5 allergens)	Test	1,800	
15.6	37361	Specific IgE, quantitative (7 allergens)	Test	2,500	
16. CYTOGENETIC/MOLCYTO					
16.1	37506	Chromosome breakage study	Test	2,500	(1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Fanconi anemia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
16.2	30402	Chromosome analysis (Amniotic fluid/CVS/Tissue)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยสูติแพทย์ หรือพยาธิแพทย์
16.3	30401	Chromosome analysis non-leukemia (Blood)	Test	1,800	
16.4	37576	Chromosome analysis in leukemia (Bone marrow/blood)	Test	4,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
16.5	37575	Chromosome analysis - FISH technique (per probe used)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ โลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17. MOLGEN					
17.1	37801	Achondroplasia/FGFR3 Mutation Analysis	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.2	37552	Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD) - DNA analysis	Test	12,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.3	37521	ApoE polymorphism PCR RFLP	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.4	37540	ARX - DNA analysis	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.5	30405	BCR/ABL gene for CML - RT-PCR	Test	1,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด CML และ ALL" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.6	37573	BRAF Mutation - Realtime PCR	Test	7,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม BRAF kinase inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์สาขา มะเร็งวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์
17.7	37545	Bruton hypogammaglobulinemia - DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ อิมมูโนวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.8	37558	CADASIL DNA analysis	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.9	37522	Charcot - Marie-Tooth type IA DNA analysis	Test	2,400	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.10	37546	Chronic granulomatous disease DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ อิมมูโนวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.11	37580	CYP2C19 Genotyping	Test	1,800	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.12	37581	CYP2C9 Genotyping	Test	1,800	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.13	37544	Cystinosis DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.14	37556	Distal Myopathy with Rimmed Vacuole (DMRV) DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.15	37535	Dopa-responsive dystonia DYT1 - PCR-seq	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.16	37510	Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา กุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.17	37511	Duchenne/Becker muscular dystrophy - MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification)	Test	6,360	(1) ข้อบ่งชี้ "ส่งตรวจในกรณีที่ตรวจ Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR แล้วได้ผลลบ หรือเพื่อวินิจฉัยภาวะพาหะในมารดา" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา กุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์ (3) กรณีที่ตรวจทั้งรายการ 17.16 Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR รหัส 37510 และ 17.17 Duchenne/Becker muscular dystrophy - MLPA รหัส 37511 ให้เบิกได้รวมกันไม่เกิน 6,500 บาท
17.18	37555	Dysferlinopathy DNA analysis	Test	12,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.19	32217	EGFR mutation analysis in cancer - PCR	Test	5,760	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม EGFR-Tyrosine Kinase Inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์สาขามะเร็งวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์
17.20	37516	Factor V Leiden - DNA analysis	Test	500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือศัลยแพทย์หลอดเลือด
17.21	37557	Familial adenomatous polyposis (FAP) DNA analysis (Adenomatous Polyposis Coli APC gene targeted mutation analysis)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.22	37559	FGFR related disorders- Limited gene sequencing (Fibroblast growth factor receptor)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.23	37509	Fragile X syndrome - Methylation PCR	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.24	37533	GJB2 mutation DNA analysis	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.25	37526	Glucocorticoid remediable aldosteronism - LongPCR (<i>CYP11B1 gene</i>)	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.26	37536	Hemochromatosis HFE DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.27	37554	Hemophilia A DNA analysis (<i>F8 Gene</i>)	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.28	37525	Hemophilia A intron 22 inversion - LongPCR (<i>F8 Gene intron</i>)	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.29	37550	Hereditary breast-ovarian cancer (BRCA1, 2) DNA analysis	Test	10,000	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่เกิดจากกรรมพันธุ์" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.30	37562	Hereditary pancreatitis SPINK1-Limited gene sequencing	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร
17.31	37566	HNPCC - Microsatellite instability (MSI) from tissue	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ หรือพยาธิแพทย์
17.32	37551	HNPCC MSH2, MLH1, MSH6, PMS2 DNA analysis	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.33	37527	Huntington disease DNA analysis (<i>HTT Gene</i>)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.34	37537	Idiopathic pancreatitis PRSS1 DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร
17.35	37260	IgH (<i>Immunoglobulin heavy chain gene</i>) Rearrangement - Multiplex PCR	Test	5,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.36	37261	IgK (<i>Immunoglobulin kappa light chain gene</i>) Rearrangement - Multiplex PCR	Test	5,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.37	37564	Kearns Sayre/CPEO - Mitochondrial DNA analysis	Test	3,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือจักษุวิทยา
17.38	37530	Kennedy disease - PCR-Seq (<i>AR gene</i>)	Test	1,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือทางประสาทวิทยา
17.39	37805	KRAS Mutation - Limited gene sequencing	Test	7,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม KRAS-Tyrosine Kinase Inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ หรือแพทย์สาขามะเร็งวิทยา
17.40	37563	Leber optic atrophy - LHON (<i>Leber hereditary optic neuropathy syndrome gene</i>) Mitochondrial DNA analysis	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือจักษุวิทยา
17.41	37561	Liddle's syndrome DNA analysis (<i>Sodium Channel SCN1A gene</i>)	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.42	37549	Marfan syndrome DNA analysis (<i>FBN1 gene</i>)	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.43	37565	MERFF Encephalomyopathy - Mitochondrial DNA analysis (<i>MELAS gene Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-like episodes</i>)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือประสาทวิทยา
17.44	37538	Metachromatic leukodystrophy DNA analysis (<i>Arylsulfatase A ARSA gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือประสาทวิทยา
17.45	37547	Methemoglobinemia (cyt b5R) DNA analysis (<i>CYBA gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.46	37512	Methylation analysis - Methylation PCR	Test	2,500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยโรคในกลุ่ม Imprinting disorders" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.47	37517	MTHFR C677T - PCR-ASA	Test	500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือศิลาแพทย์หลอดเลือด
17.48	37528	OPMD (<i>Oculopharyngeal muscular dystrophy, PABPN1 gene</i>) DNA analysis	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.49	37543	Peutz-Jeghers syndrome DNA analysis (<i>STK11 gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.50	30237	Prothrombin mutation - PCR (<i>F2 gene</i>)	Test	1,100	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือศิลาแพทย์หลอดเลือด
17.51	37524	Real time PCR - Others	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.52	37560	RET related disorders- Limited gene sequencing	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.53	37539	Rett syndrome (<i>MECP2</i>) DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.54	37529	SCA type 1, 2, 3 DNA analysis (<i>Spinocerebellar ataxia</i>)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.55	37513	Spinal muscular atrophy DNA analysis (<i>SMN1 gene</i>)	Test	1,500	(1) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.56	37508	SRY gene - PCR	Test	600	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.57	33805	TCRB Rearrangement-PCR	Test	12,000	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.58	33806	TCRD Rearrangement-PCR	Test	8,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อป่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.59	33807	TCRG Rearrangement-PCR	Test	8,200	(1) ข้อป่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในกรณีที่วิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่ แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.60	37519	Thalassemia, deletion analysis (alpha SEA and THAI) - PCR	Test	500	
17.61	30404	Thalassemia, deletion (อย่างน้อย ตรวจ alpha SEA, THAI, -3.7, -4.2) - Multiplex gap PCR (PANEL.MOLPATH)	Test	1,500	
17.62	37520	Thalassemia, alpha non-deletion mutations - Multiplex PCR - ASA	Test	500	
17.63	37532	Thalassemia, beta mutations	Test	3,000	
17.64	37534	Von Hippel Lindau disease (VHL) DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.65	37548	Whole gene sequencing - Others	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.66	37553	Wilson disease DNA analysis (ATP7B gene)	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.67	37542	Wiskott Aldrich syndrome DNA analysis (WAS gene)	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.68	37541	X-linked adrenoleukodystrophy (ALD) DNA analysis ABCD1 (ATP- binding cassette, sub-family D) gene	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.69	37610	PCR 1 fragment	Test	600	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.70	37611	PCR 3 fragments	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.71	37612	PCR 5 fragments	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น
17.72	37613	PCR 10 fragments	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุ ศาสตร์เท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.73	37614	PCR 15 fragments	Test	4,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.74	37615	PCR 30 fragments	Test	8,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.75	37616	Sequencing with dye 1 reaction	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.76	37617	Sequencing with dye 5 reactions	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.77	37618	Sequencing with dye 10 reactions	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.78	37619	Sequencing with dye 30 reactions	Test	15,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



เลขที่ ๖๔๙๗ ✓
วันที่ 27 ต.ค. 25๕๙
เวลา 18.26



เลขที่ 34972
วันที่ 25 ต.ค. 2560
เวลา 14.40
30 ต.ค. 2560

ที่ ศธ ๖๔๓๑/ ๑๕๗๕

1841
วันที่ 31 ต.ค. 2560
เวลา 14.20
๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
๒๒๒ ถนนติวานนท์ อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

เรื่อง - แจ้งเปลี่ยนชื่อหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาราชกิจจานุเบกษา

ด้วยโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้เปลี่ยนชื่อหน่วยงานเป็น ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ตามประกาศพระราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๒๓๗ ง ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๐ และตามประกาศ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐ แล้ว ตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ทั้งนี้ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ยังคงมีสถานที่ตั้ง ภารกิจ และการให้บริการคงเดิม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน หัวหน้า ๒๕๖๐

เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือสำเนาการต่อไปด้วย จะเห็นพระคุณ

เรียน เลขาธิการ (ร3)

เพื่อโปรดทราบและพิจารณา ขอแสดงความนับถือ

ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางทิพย์ฯ ตั้งสิริสงวณ)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

เลขาธิการกรม

25 ต.ค. 2560

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

(นางทิพย์ฯ ตั้งสิริสงวณ)

เลขาธิการกรม

30 ต.ค. 2560

มอบสำนัก/กอง... ดำเนินการ

ได้ข้อแล้ว

IV

เรียน กรม- ส

๑) ติดต่อแจ้งเรื่องผู้แทนหน่วยงานทราบ

๒) รอสนธิเรื่องสิ้น

งานบริหารและธุรการ

(นางระวีวรรณ ผดุงนันทน์)

โทร. ๐๒-๕๐๒-๒๓๐๕ ต่อ ๓๖๕๕

โทรสาร ๐๒-๕๐๒-๒๓๐๕

๓1 ต.ค ๖๐

(นายสมชาย (ช.ช.ท.ท.จ.)
ผู้อำนวยการสำนักสถานอาหารและยา
รักษาการแทนรองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ฉบับที่ ๑๔/๒๕๖๐

เรื่อง การจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐

ตามที่ได้ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฉบับที่ ๔/๒๕๕๙ เรื่อง การจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฉบับที่ ๘/๒๕๕๙ เรื่อง การจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ มาตรา ๑๐ และมาตรา ๒๓ (๒) และ (๖) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกอบกับมติสภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๐ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฉบับที่ ๑๐/๒๕๖๐ เรื่อง การจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๖.๖) ของข้อ ๒ แห่งประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฉบับที่ ๔/๒๕๕๙ เรื่อง การจัดตั้งส่วนงานของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๖.๖) ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน”

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กันยายน พุทธศักราช ๒๕๖๐

ศาสตราจารย์เกษม สุวรรณกุล

นายกสภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



วันที่ 31 ต.ค. 2560
 14.20
บันทึกข้อความ

ว.ล.ป.ท.
 - 9 ต.ค. 2560
 10.50

ส่วนราชการ **กองการแพทย์** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๒๘ 30-1111
 ที่ สธ.๐๒๐๒๔.๑/1065 วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๐
 เรื่อง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย
 เรียน อธิบดีทุกกรมและเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ด้วยปัจจุบันมีความขัดแย้งในการบริการรักษาพยาบาลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการสื่อสารการให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้ความยินยอมของผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานรับทราบข้อมูลไม่เพียงพอ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘ กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอแก่ผู้รับบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการนั้นๆ และถ้าผู้รับบริการปฏิเสธจะให้บริการนั้นไม่ได้ จึงถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว นอกจากนี้ยังถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยด้วย

กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแล้วขอเรียนว่า ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการให้ข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วยเมื่อวันที่ ๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ที่จังหวัดนนทบุรี และได้พิจารณานำผลการประชุมดังกล่าวมาศึกษาวิเคราะห์จัดทำหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป ดังรายละเอียดปรากฏตามหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วยที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือเป็นแนวทางการปฏิบัติต่อไปด้วย
 จะเป็นพระคุณ

④ เรียน หัวหน้า **ฝ่าย ๑**
 เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
 ดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ
 (นางทิพย์ฯ ตั้งสิริวิธ)

1
 เรียน เลขาธิการฯ (๘.4)
 เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
 ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ
 (นางทิพย์ฯ ตั้งสิริวิธ)

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
 ผู้ตรวจราชการกระทรวง
 หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
 ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เลขานุการกรม
 30 ต.ค.

เลขานุการกรม
 - 9 ต.ค. 2560

(นายสมชาย วิชาวิทกิจ)

ผู้อำนวยการสำนักสถานอาหารและยา

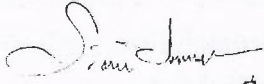
หน้าที่ยังรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (นายวันชัย สัตยาวิฑูรย์)
 เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

II
 ๑๐๖ ๘๖ - 11๐๖/๖
 (นายสมชาย วิชาวิทกิจ)

ผู้อำนวยการสำนักสถานอาหารและยา
 รักษาราชการแทนรองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
 เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง งานรับ-ส่ง

- ① วิชา พงษ์วิวัฒน์กุลช่วยงาน ธรรม
- ② วิชา วิชา วิชา



(นางระวีวรรณ ผดุงนันทน์)

หัวหน้าฝ่ายการคลัง

31 กค 60

หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาล และความยินยอมของผู้ป่วย

ด้วยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘ บัญญัติให้บุคคลด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นไม่ได้ เว้นแต่ในกรณีผู้รับบริการอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน หรือ กรณีผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่ไม่อาจรับทราบข้อมูลได้และไม่อาจแจ้งบุคคลที่กฎหมายกำหนดให้รับทราบข้อมูลแทนได้ ประกอบกับการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เป็นการกระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา จึงต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการเพื่อยกเว้นความรับผิดทางอาญาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลและการให้ความยินยอม ดังนี้

ข้อ ๑. ในหลักเกณฑ์นี้

“ข้อมูลการรักษาพยาบาล” หมายความว่า ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ โรค อาการ พยาธิสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์

“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ด้วย

ข้อ ๒. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ตามกฎหมาย

ข้อ ๓. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ต้องให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะรับการรักษาพยาบาลหรือไม่ โดยข้อมูลดังกล่าวอย่างน้อยต้องประกอบด้วย

(๑) อาการสำคัญและการวินิจฉัยของแพทย์

(๒) แนวทางการรักษา

(๓) ความเสี่ยงของการรักษา

(๔) ทางเลือกของการรักษา

(๕) ความเสี่ยงของทางเลือกการรักษา

(๖) แนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาพยาบาล

ข้อ ๔. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้ข้อมูล มีดังนี้

(๑) แพทย์ หรือทันตแพทย์ ที่เป็นผู้ทำการรักษาพยาบาล (เจ้าของไข้) เป็นผู้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรง เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่บุคคลดังกล่าวไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองได้ อาจให้แพทย์หรือทันตแพทย์ท่านอื่นแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนโดยโรงพยาบาลอาจจัดลำดับผู้ให้ข้อมูลแทนไว้ตามความเหมาะสมก็ได้ หากยังไม่อาจจัดหาแพทย์ หรือทันตแพทย์ แล้วแต่กรณีเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ ก็อาจมอบหมายให้พยาบาล เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนก็ได้

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ก็เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในส่วนที่ตนเกี่ยวข้องด้วย เช่น เภสัชกรต้องให้ข้อมูลยา การเข้ายา ผลข้างเคียงการเข้ายา หรือ นักกายภาพบำบัด ก็ต้องให้ข้อมูลกระบวนการทำกายภาพบำบัดและข้อมูลอื่นตามข้อ ๓. โดยอนุโลมแก่ผู้มารับการบำบัดอย่างเพียงพอ ก่อนทำการบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น

(๓) เจ้าหน้าที่...

(๓) เจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ก็ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยใน ส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตน เช่น พนักงานเปล หรือ รถเข็นผู้ป่วยก็ต้องอธิบายการใช้เปล ข้อควรระวัง แก่ผู้ป่วยด้วย เป็นต้น

ข้อ ๕ การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล จะทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล และผู้รับทราบข้อมูลและพยานอย่างน้อยหนึ่งคนก็ได้ ในกรณีไม่สามารถทำเป็นหนังสือได้ก็ให้บันทึกการให้ข้อมูล ดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญพอสังเขปไว้ในเวชระเบียน และลงชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้รับข้อมูลไว้ ทั้งนี้ แม้ว่าจะได้ทำหนังสือ แสดงการให้ข้อมูลแล้วก็ตาม ก็ควรเขียนว่าได้ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแล้วไว้ในเวชระเบียนด้วย

ในกรณี ผู้รับข้อมูลไม่ยอมลงลายมือชื่อ หรือไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้บันทึกว่า ผู้รับข้อมูล ได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้วแต่ไม่ยอมลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือ หรือในเวชระเบียนด้วย

ข้อ ๖ บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล

(๑) ผู้ป่วย

(๒) บุคคลผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะรับทราบข้อมูลได้

- ทายาทโดยธรรมของผู้ป่วย คือ บิดา มารดา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้อง ร่วมบิดาหรือร่วมมารดา ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา

- สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย

- ผู้ปกครอง (ผู้ที่ศาลตั้งให้เป็นผู้ปกครองผู้ป่วย)

- ผู้ปกครองดูแล (ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยแทนบิดามารดา มาช่วงระยะหนึ่งหรือตลอดมา)

- ผู้อนุบาล (บุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้อนุบาลบุคคลไร้ความสามารถ)

- ผู้พิทักษ์ (บุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้พิทักษ์บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ)

ข้อ ๗ การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล

(๑) การให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยนอก

(๒) การให้ข้อมูล แก่ ผู้ป่วยใน

ข้อ ๘ การให้ข้อมูลผู้ป่วยนอกควรประกอบด้วย อาการสำคัญ พยาธิสภาพของผู้ป่วยการวินิจฉัย เบื้องต้นของแพทย์ แนวทางการรักษา ข้อแนะนำการปฏิบัติตน และหากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ทันที เมื่อให้ข้อมูลแล้วให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนโดยสังเขปจะให้ผู้ป่วยลงชื่อด้วยก็ได้

ข้อ ๙ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในควรประกอบด้วย ข้อมูลตามข้อ ๓ (๑) - (๖) โดยในกรณีที่จะต้อง ทำการรักษาเพิ่มเติมจากโรคที่ได้ให้ข้อมูลดังกล่าวแล้ว ก็จะต้องให้ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติมนั้นใหม่ทุกครั้ง และควรบันทึกว่า ได้แจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบแล้วไว้ในเวชระเบียนด้วย

ข้อ ๑๐ ในการทำหัตถการ หรือกระบวนการรักษาที่มีความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลนั้น ต้องทำการให้ข้อมูล และขอความยินยอมทุกครั้ง เว้นแต่เป็น กรณีที่เป็นการต่อเนือง อาจขอเพียงครั้งเดียว เช่น การให้เลือด เป็นต้น และที่กฎหมายบัญญัติยกเว้นไว้ตามข้อ ๑๑

ข้อ ๑๑ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วย หรือผู้กระทำการ แทนผู้ป่วย

(๑) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างรีบด่วน

(๒) ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ เช่น ไม่มีสติสัมปชัญญะ เป็นต้น และไม่สามารถติดต่อบุคคลตาม ข้อ ๖ (๒) ได้

ทั้งนี้ เมื่อจะทำการรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องบันทึกเหตุดังกล่าวตาม (๑) หรือ (๒) ไว้ในเวชระเบียนเสมอ

ข้อ ๑๒ เมื่อผู้ป่วยหรือผู้กระทำการแทน ได้รับทราบข้อมูลการรักษาพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะรับบริการรักษาพยาบาลหรือไม่ ทุกกรณี

การยินยอมรับบริการหรือไม่ยินยอมรับบริการ ต้องมีหลักฐานแสดงเป็นหนังสือ ในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนด้วย

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและการยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแบบท้ายหลักเกณฑ์นี้

ในกรณีโรงพยาบาลประสงค์จะออกหนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและการยินยอมของผู้ป่วยเองก็ให้ทำได้ แต่ต้องมีสาระสำคัญไม่น้อยกว่าที่กำหนดในแบบท้ายหลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๑๓ ความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนของผู้ป่วย จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีความผิดอาญา และทางแพ่ง เว้นแต่จะเป็นการกระทำประมาทเลินเล่อ

ข้อ ๑๔ บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้มิอำนาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่รับการรักษาพยาบาล

(๑) ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

(๒) สามีหรือภริยาตามกฎหมายและฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ

(๓) บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(๔) ผู้อนุบาลที่ศาลแต่งตั้งกรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ

(๕) ผู้พิทักษ์ที่ศาลแต่งตั้ง กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้บรรลุนิติภาวะ หมายถึง ผู้มีอายุครบยี่สิบปีบริบูรณ์ หรือ ผู้ที่มีอายุ ๑๗ ปี ซึ่งทำการสมรสโดยความยินยอมของบิดามารดา หรือ ผู้มีอายุ ๑๕ ปี ที่สมรสโดยการอนุญาตของศาล

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่ไม่มีผู้ให้ความยินยอมตามข้อ ๑๔ ให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการรักษาพยาบาลต่อไป หากเป็นกรณีที่จำเป็นต้องทำหัตถการ หรือดำเนินการรักษาพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ให้บันทึกในเวชระเบียนว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะมีอันตรายร้ายแรงที่อาจพิการหรือเสียชีวิต จำเป็นต้องทำการรักษาโดยเร่งด่วน และไม่มีผู้รับข้อมูลและให้ความยินยอม แล้วจึงทำการรักษาต่อไปได้ โดยหากมีญาติอื่น ๆ หรือเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ด้วยก็ให้ลงลายมือชื่อเป็นผู้รับทราบและเป็นพยานด้วย

ข้อ ๑๖ ความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยยังคงมีผลใช้ได้ จนกว่าจะมีการยกเลิกโดยมีหลักฐานเป็นหนังสือ การยกเลิกความยินยอมหรือไม่ยินยอมไม่มีผลกระทบต่อรักษาพยาบาลที่ได้ดำเนินการก่อนมีการยกเลิกดังกล่าว

ข้อ ๑๗ การปฏิเสธการรับบริการรักษาพยาบาล มีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีอำนาจทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากนั้น

การปฏิเสธการรักษาต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือ

ข้อ ๑๘ ในกรณี...

ข้อ ๑๘ ในกรณีผู้ป่วยเป็นชาวต่างประเทศ ให้มีล่ามแปลภาษาอ่านข้อความการให้ข้อมูลการรักษา และความยินยอมให้ผู้ป่วยฟัง พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและล่ามลงลายมือชื่อล่ามในหนังสือหรือในเวชระเบียนไว้ด้วย

ข้อ ๑๙ การดำเนินการใดที่ไม่ได้กำหนดในหลักเกณฑ์นี้ ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง ประกาศ หรือ แนวทางของราชการกำหนดไว้ โดยอนุโลม

ข้อ ๒๐ ในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาการวินิจฉัย และถือเป็นที่สุด

การให้ข้อมูลและความยินยอม

มาตรา ๘
ให้ข้อมูลด้านบริการอย่างเพียงพอ
เพื่อประกอบการตัดสินใจ รับ/ไม่รับบริการ

ผู้ให้ข้อมูล

- แพทย์เจ้าของไข้
- แพทย์อื่น
- พยาบาล
- เจ้าหน้าที่อื่น

ผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลที่ต้องให้

ไม่ต้องให้ข้อมูล/
ไม่ต้องยินยอม

บันทึกในเวชระเบียน
ลงชื่อ แพทย์ พยาบาล

ข้อมูลที่ต้องให้

- อาการสำคัญและการวินิจฉัย
- แนวทางการรักษา
- ความเสี่ยงของการรักษา
- ทางเลือกของการรักษา
- ความเสี่ยงของทางเลือกการรักษา
- แนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา

ล้าม
(ต่างตัว)

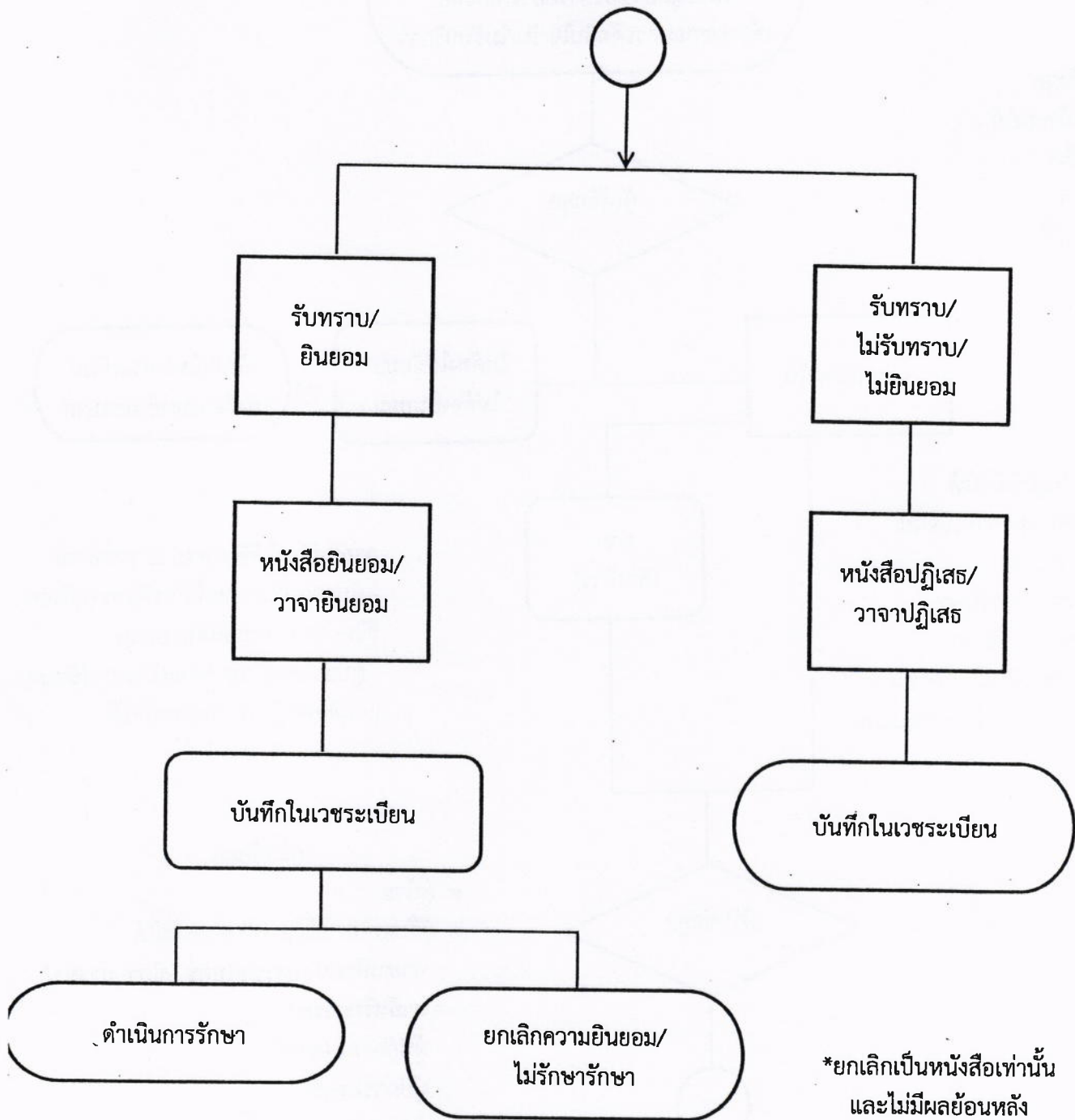
- กรณีไม่ต้องให้ข้อมูล (ม.๘ วรรคสาม)
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงแต่ชีวิตต้องช่วยเหลือโดยรีบด่วน
 - ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะจะรับทราบข้อมูลและติดต่อผู้รับทราบแทนไม่ได้

ผู้รับข้อมูล

ผู้รับข้อมูล

๑. ผู้ป่วย
๒. ผู้รับแทนกรณีผู้ป่วยรับทราบไม่ได้
 - ทายาทโดยชอบธรรม (บุตร , บิดา , มารดา)
 - สามเษหรือภรรยา
 - ผู้ปกครอง (ศาลตั้ง)
 - ผู้ปกครองดูแล
 - ผู้อนุบาล
 - ผู้พิทักษ์

การให้ข้อมูลและความยินยอม (ต่อ)



*ยกเลิกเป็นหนังสือเท่านั้น
และไม่มีผลย้อนหลัง

ผู้ยินยอม/ไม่ยินยอม

- ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะและมี

สติสัมปชัญญะ

- สามีภรรยา

- บิดามารดา

- ผู้อนุบาล

- ผู้พิทักษ์

หนังสือรับทราบข้อมูลและแสดงความยินยอมรับการฝากครรภ์และการตรวจรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.(ชื่อผู้ป่วย).....ผู้รับบริการอายุ.....ปี HN.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์-พยาบาล ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษา และรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีแล้วซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับบริการ	วันที่ให้ข้อมูล
การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้งตามเกณฑ์			
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ภาวะโรค ตับอักเสบบี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย			
การได้รับการฉีดวัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่เพียงพอมาก่อน			
การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และได้รับทราบว่า <input type="radio"/> ไม่พบความเสี่ยง <input type="radio"/> พบเสี่ยง.....			
การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูล และข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารแสดงความเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังการอ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว			
การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีมีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจากข้อบ่งชี้อื่น..... โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อนทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
การทำหัตถการ.....ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่างๆระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที			
คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์ ๗ เดือนขึ้นไป			
.....			

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนาเข้ารับการตรวจทางสูติศาสตร์คลื่นเสียงความถี่สูง(อัลตราซาวด์)ทางสูติกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ขั้นตอนการตรวจจะตรวจทางหน้าท้อง จะมีการทาเจลใส่ที่บริเวณที่จะวางหัวตรวจลงไป ในบางครั้งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจผ่านทางช่องคลอด จะมีการใส่หัวตรวจขนาดเล็กเข้าไปในช่องคลอด อาจจะทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายเพียงเล็กน้อย

๒. คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ สามารถสร้างภาพทารกในครรภ์โดยอาศัยการส่งสัญญาณคลื่นเสียงความถี่สูงไปกระทบกับอวัยวะภายในแล้วสะท้อนกลับออกมาเป็นภาพให้เห็นทางจอของเครื่องตรวจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์แต่อย่างไร

๓. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจและรายงานข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น

๒.๑ การมีชีวิตของทารกในครรภ์

๒.๒ อายุครรภ์โดยประมาณการ

๒.๓ จำนวนทารกในครรภ์

๒.๔ ท่าหรือส่วนนำของทารกในครรภ์

๒.๕ ตำแหน่งของรก

๒.๖ ปริมาณน้ำคร่ำ

๒.๗ ความผิดปกติบางชนิดของทารกในครรภ์ที่อาจตรวจพบ

๔. ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรายงานผลการตรวจว่าไม่พบความผิดปกตินั้น เครื่องมืออัลตราซาวด์ไม่สามารถที่จะยืนยันว่าทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์แข็งแรงร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่มีความผิดปกติใดๆของทุกอวัยวะเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดบางชนิดไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอดหรืออาจจะเกิดขึ้นภายหลังการตรวจในครั้งนั้น อีกทั้งข้อจำกัดของการตรวจที่ภาพการตรวจจะไม่ชัดเจนในบางกรณี เช่น สตรีตั้งครรภ์อ้วนมากหรือมีผนังหน้าท้องหนา น้ำคร่ำน้อยหรือมากเกินไป ทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือทารกดิ้นมาก เป็นต้น

๕. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์เท่านั้น อาจมีความคลาดเคลื่อน และไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ถูกต้องทั้งหมด

๖. ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์และได้อ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ ด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

() ผู้ป่วย/ () ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน/แพทย์)

(.....)

ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดคลอด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าและ (สามี, บิดา, มารดา.....)ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผล/ความจำเป็นในการผ่าตัด (แยกด้านมารดา ด้านทารก)

เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตร

การคลอดติดขัด

เหตุผลอื่น ๆ.....

ทางเลือกการรักษาอื่นของการคลอด ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอดปกติ หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด แต่แพทย์วินิจฉัยว่าถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดอาจมีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

ระยะเวลาการผ่าตัดโดยประมาณ ๑ ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่รวมระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดระยะแรก
ระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ๒-๕ วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒. ข้อดีของการผ่าตัดคลอด

๒.๑ ช่วยคลอดในกรณีคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ เช่น การมดลูกส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา ทารกท่าผิดปกติ รกเกาะต่ำ

๒.๒ ช่วยการคลอดให้รวดเร็วในกรณีเร่งด่วน เช่น มีหลักฐานแสดงถึงภาวะทารกขาดออกซิเจน สายสะดือย้อย เป็นต้น

๒.๓ กรณีเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือผ่าตัดมดลูก หากปล่อยให้เจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้เกิดการปริหรือแตกที่มดลูก บริเวณแผลผ่าตัดเก่าได้

๓. ข้อเสียของการผ่าตัดคลอด

๓.๑ เกิดแผลขนาดใหญ่ที่หน้าท้อง และปวดแผลมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

๓.๒ มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

๔. ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอด

๔.๑ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก พบประมาณร้อยละ ๐.๕ เช่นการสำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าไปในหลอดลม ความดันโลหิตต่ำ ช็อก

๔.๒ แผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกอาจฉีกขาดไปจนถึงปากมดลูก ช่องคลอด หรือเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ ๑-๒ ทำให้เสียเลือดมากในขณะที่ผ่าตัด

๔.๓ อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงพบประมาณร้อยละ ๐.๑ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้

๔.๕ อันตรายต่อทารกพบประมาณร้อยละ ๑-๒ เช่น กระดูกหัก โคนมดบาด

๕. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด

๕.๑ มดลูกอักเสบติดเชื้อ พบประมาณร้อยละ ๐.๖

๕.๒ แผลผ่าตัดติดเชื้อพบประมาณร้อยละ ๒.๕ - ๖

๕.๓ ติดเชื้อในช่องท้องและมีถุงหนองในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจ

๕.๔ ตกเลือดในช่องท้อง พบประมาณร้อยละ ๐.๕

๕.๕ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด พบน้อยกว่าร้อยละ ๐.๑

๕.๖ มารดามีโอกาสเสียชีวิตจากการผ่าตัดคลอดพบประมาณ ๑ ราย ต่อการผ่าตัด ๑๒,๐๐๐ ราย

๕.๕ ทารกอาจมีภาวะหายใจเร็วผิดปกติเกิดขึ้นชั่วคราวหลังคลอด พบได้ร้อยละ ๓.๑

๖. การใช้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดคลอด ทำได้ ๒ วิธี คือ

การฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง หรือที่เรียกว่าบล็อกหลัง เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กเข้าช่องน้ำไขสันหลังระดับเดียวกับชั้นเอว เพื่อจะฉีดยาชาเข้าไปทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย ตั้งแต่เหนือเอวเล็กน้อยลงไปถึงนิ้วเท้า ข้อดี คือทารกไม่ถูกกดการหายใจ และมารดาสามารถรู้สึกตัวขณะผ่าตัดทำให้คุณแม่สามารถชื่นชมทารกได้ทันทีหลังเกิด นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาอาจช่วยลดอาการเจ็บแผลในระยะหลังคลอดใหม่ๆ แต่ต้องใช้แพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ และอาจต้องใช้เวลาในการทำที่ถ่วงการนานกว่าวิธีดมยาสลบ

การดมยาสลบ เป็นการฉีดยาให้หลับแล้วใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลม ข้อดี คือ ใช้เวลาในการเตรียมไม่นาน เหมาะสำหรับในรายที่ต้องการให้ทารกคลอดอย่างรวดเร็ว ข้อเสีย คือ อาจเกิดการหายใจของทารก ทำให้ทารกเขียวได้ในรายที่มารดาใส่ท่อช่วยหายใจยาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าปอดเกิดการติดเชื้อในปอด และมีอาการเจ็บคอได้

สำหรับการเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกนั้น ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และความพร้อมของโรงพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปจะพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา ข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการระงับความรู้สึกแต่ละวิธี

อนึ่งภายหลังการผ่าตัดทำคลอด อาจเกิดภาวะตกเลือดรุนแรงจนต้องตัดมดลูกเพื่อเป็นการช่วยชีวิตของผู้คลอด ตลอดจนการรักษาอื่น ๆ เช่น การให้เลือดหรือยาหรืออาจจะมีการผ่าตัดอื่น ๆ ตามความจำเป็นและตามที่แพทย์เห็นสมควรในภาวะวิกฤตินั้น

ข้าพเจ้าและ.....ได้รับทราบว่าจะมีทางเลือกอื่นของการคลอดและการผ่าตัดคลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่สมัครใจที่จะคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดทำคลอดและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น จึงลงบันทึกเพื่อเป็นการยืนยันความต้องการ คือ

มีความยินยอมให้ผ่าตัดคลอดและผ่าตัดอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ลงชื่อ/ผู้ให้ความยินยอม..... ลงชื่อพยาน/ญาติผู้คลอด.....

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้คลอด.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

หมายเหตุ : กรณีผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๗ ปี สามียังไม่บรรลุนิติภาวะหรือ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำเป็นต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองหรือ ญาติที่ใกล้ชิด ลงบันทึกยินยอมผ่าตัดร่วมด้วยทุกครั้ง

หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา(สูติกรรม)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....
หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....
เพื่อวินิจฉัย บำบัดโรคส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการ
แพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยพยาบาล
นั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันสมควร

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติได้รับ

- โรค/กลุ่มอาการ.....ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๒-๕ วัน
 - ความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาใน รพ. เผื่อระวังดูแลให้การรักษาพยาบาลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด
 - แผนการรักษาเตรียมผู้ป่วยสำหรับการคลอด ค้นหาความเสี่ยง ติดตามความก้าวหน้า เผื่อระวังความเสี่ยง ช่วยคลอด และดูแลหลังคลอด ส่งเสริมการให้นมแม่
 - ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้คลอดทุกราย
 - ๑. น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด เป็นภาวะอันตรายที่ทำให้มารดา และทารกเสียชีวิตระหว่างรอคลอด ระยะคลอดและหลังคลอดได้ อัตราการเกิด ๑:๘,๐๐๐-๓๐,๐๐๐ คน ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ถ้าไม่เสียชีวิตจะมีความพิการทางสมองสูง
 - ๒. ตกเลือดหลังคลอด ถ้าตกเลือดอย่างรุนแรงจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ตกเลือดขั้นรุนแรงมากพบประมาณ ๑:๑,๐๐๐ คน การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตประมาณ ๑๑% ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยง ได้แก่.....
 - ๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด ถ้าพื้นที่การลอกตัวของรกมีมากทารกจะเกิดอันตราย ทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ มารดาช็อกจากการเสียเลือดมากและเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้
 - ๔. มดลูกแตก อัตราการเกิด ๑:๒,๐๐๐ คน อัตราตายสูง มารดามักเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดจำนวนมากในระยะเวลาสั้น ๆ จะมีโอกาสรอดได้ในกรณีที่มีความรุนแรงก็ต้องตัดมดลูกออกเพื่อช่วยชีวิต ส่วนน้อยที่เย็บซ่อมแซมได้ ทารกส่วนใหญ่มักเสียชีวิต.
 - ๕. การบาดเจ็บของทารกจากการช่วยคลอด เช่น บาดแผลที่ศีรษะ จากการเจาะถุงน้ำ การใช้คีม หรือ เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด การคลอดไหล่ขาดเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาททำให้แขนอ่อนแรง หรือกระดูกไหปลาร้าหัก
 - ๖.....
- โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้วยินยอมรับการรักษาและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงทุกประการ จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

ใบแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดทำหมัน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

วิธีการ

○ ทำหมันหลังคลอด โดยทั่วไปแพทย์จะทำหมันหลังคลอดภายใน ๑-๓ วัน หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณสะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๓ ซม. และใช้เครื่องมือจับและผูกและ/หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

○ ทำหมันแห้ง ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ระยะหลังคลอดและแน่ใจว่าได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก

ก, แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณสะดือ เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และสอดเครื่องมือเข้าไป ส่องดูในอุ้งเชิงกราน และใช้อุปกรณ์เล็ก ๆ คล้ายห่วงยางไปรัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้างให้ตบตัน แล้วจึงเอาเครื่องมือออก และเย็บปิดแผลผ่าตัด

ข, แบบอาจมีการใส่เครื่องมือยกมดลูกทางช่องคลอด และแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และใช้เครื่องมือจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้..... ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็นหมัน ซึ่งการแก้หมันในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก แต่ก็ยังอาจตั้งครรถ์ได้อีก อัตราการตั้งครรถ์หลังทำหมัน พบได้ประมาณ ๔ รายใน ๑,๐๐๐ รายและ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่ตั้งครรถ์อาจเป็นการตั้งครรถ์นอกมดลูก ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรถ์ ควรปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก่อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง โดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่พบบ่อย ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้ไม่ยาก ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันแห้ง ในกรณีที่ใช้เครื่องส่องดูในอุ้งเชิงกราน จะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดไหล่ เนื่องจากขณะที่ทำหมัน ต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง แต่จะหายได้เอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการผ่าตัดทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทั้งทราบดีว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ อีกที่ข้าพเจ้าจะเลือกใช้ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมัน และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อไรก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน

(.....)

ลงชื่อ.....สามี/พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานทางการแพทย์

** ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....

หนังสือยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ป่วยด้วยการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติแรกรับ

- โรคกลุ่มอาการ (.....) แห่งบุตร (.....) เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๑-๒ วัน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อขูดมดลูก สังเกตอาการหลังขูดมดลูก
- แผนการรักษา งดน้ำและอาหาร ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ฉีดยานอนหลับ และยาระงับปวดขณะขูดมดลูก ทำการขูดมดลูก สังเกตอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังขูดมดลูก
- ทางเลือกการรักษา
 ๑. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงในการทำหัตถการ การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย ใช้ระยะเวลาเลือดหยุดนานกว่า และอาจไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง การวินิจฉัยล่าช้า
 ๒. การขูดมดลูก ข้อดีของการรักษาโดยการขูดมดลูก ได้แก่ หยุดเลือดที่ออกได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยสาเหตุเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ ค่อนข้างแม่นยำจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก จากที่เห็นหรือจากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อเสียคือความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการทำผ่าตัดหัตถการ การขูดมดลูก
- วัตถุประสงค์ของการขูดมดลูก (.....) เพื่อหยุดเลือดที่ออก (....) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ (....) เก็บชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจพยาธิวิทยาหาสาเหตุ
- ให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด โดยการฉีดยาระงับปวด และยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ..... ปี HN.....
หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของ..... (ชื่อผู้ป่วย)
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล..... ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางกายแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติกรรับ

โรคกลุ่มอาการ.....

- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๒-๕ วันถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด ผ่าตัด ดูแลและสังเกตอาการหลังผ่าตัด
- แผนการรักษา เตรียมเลือด เตรียมร่างกายให้พร้อมผ่าตัด ให้การผ่าตัด ให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และดูแลหลังผ่าตัด
- ทางเลือกการรักษา

๑. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย อาการของโรคอาจจะรุนแรงขึ้นจนต้องผ่าตัดภายหลัง ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการเสียชีวิตมากขึ้น

๒. การผ่าตัด ข้อดี ทราบสาเหตุ และกำจัดสาเหตุของโรคที่ต้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ข้อเสีย คือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อ โดยอวัยวะข้างเคียง เป็นต้น

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ..... พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..... พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/กรทำหัตถการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ..... ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ..... ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด.....

- การให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด ฉีดยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือด ฉีดยาระงับปวดทางไขสันหลัง

ตมยาสลบให้ยาสลบผ่านทางท่อช่วยหายใจ

- ผลที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด.....

- ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะที่อาจเกิดจากการให้ยาสลบหรือยาชาเฉพาะที่ เสียเลือดมาก บาดเจ็บต่อเส้นเลือด เส้นประสาท การติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานและช่องท้อง การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต ซึ่งอาจทำให้เกิดรูรั่วของปัสสาวะทางช่องคลอดซึ่งแก้ไขได้ยาก และอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ..... พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..... พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

หนังสือแสดงการรับทราบและความยินยอม/เจตนารับการผ่าตัดไส้ติ่ง(Elective appendectomy)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรับการผ่าตัดไส้ติ่ง ร่วมกับการผ่าตัด ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดมดลูกและ/หรือรังไข่
 อื่นๆ..... ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดนี้ ดังต่อไปนี้

๑. การตัดไส้ติ่ง (Elective appendectomy) เป็นการตัดไส้ติ่งที่ไม่มีพยาธิสภาพออก ร่วมกับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบในอนาคต
๒. โอกาสที่จะเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ ๗ และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
๓. ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่สูงขึ้นกว่าการไม่ตัดไส้ติ่งเนื่องจากปนเปื้อนเชื้อโรคจากอวัยวะในลำไส้ได้ เสียเลือด เพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อลำไส้ แผลที่ไส้ติ่งอักเสบหรือรั่ว มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ ๗
๔. รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิธีการ ขั้นตอนต่างๆ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขหากเกิดอันตรายและทางเลือกอื่นๆ
๕. แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดไส้ติ่ง ในกรณีที่ทำได้ยากหรือมีโอกาสเสี่ยงสูง ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน
๖. ในกรณีพบความผิดปกติอื่นในช่องท้องระหว่างการผ่าตัดแพทย์อาจใช้ดุลยพินิจดำเนินการเท่าที่จำเป็นเพื่อให้การรักษาเสร็จสมบูรณ์

ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่งแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดีและปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอม/เจตนาให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดไส้ติ่งให้ข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

วันที่.....เวลา.....

หนังสือรับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....

รายละเอียดต่อไปนี้ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยควรรับทราบและยินยอมให้

ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....

จำเป็นต้อง รับการผ่าตัด..... ขอบ่งชี้ เพื่อวินิจฉัยโรค
 รับทำหัตถการ..... เพื่อบรรเทาอาการ
 รับการรักษา.....

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

- * เสียเลือดมาก
- * อวัยวะข้างเคียงที่ผ่าตัดอาจได้รับการบาดเจ็บ
- * การติดเชื้อแผลผ่าตัด/ ติดเชื้อในกระแสเลือด
- * ความผิดปกติของระบบหัวใจ ไต ปอด สมอง ฯลฯ
- * โรคประจำตัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น
- * พิกัด/เสียชีวิต
- * อื่นๆ

ทางเลือกการรักษา

ข้อดี.....ข้อเสีย

หมายเหตุภาวะที่ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นได้ (ภาวะเร่งด่วนในขณะนั้น) แพทย์สามารถให้คลยพินิจเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการซึ่งมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจในการให้ความยินยอมรักษา ผ่าตัด หัตถการ ประกอบกับข้าพเจ้าทราบคืออยู่แล้วว่าการรักษา ผ่าตัด หัตถการนั้นยังมีข้อจำกัดอื่นๆอยู่อีกมาก ทำให้การรักษา ผ่าตัด หัตถการนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงขอแสดงความประสงค์

ยินยอมรับการรักษา ไม่ยินยอมรับการรักษา

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล

(.....) (.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วยมาคนเดียว

หนังสือรับทราบและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... O ผู้ป่วย O ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการ จนเป็นที่พอใจจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ถึงผลการรักษาแล้วข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา ผ่าตัด หัตถการ ทั้งนี้หากมีเหตุเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแก่โรงพยาบาล.....

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ไม่ให้คำยินยอม ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล

(.....)

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

O ผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ: (ก) ใช้ในกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (ข) ใช้ในกรณีทำการผ่าตัด/ หัตถการ/ ตรวจวินิจฉัยพิเศษหรือมีความเสี่ยง (ก+ข) ใช้ทั้ง 2 กรณี

1. ให้รีบมาตรวจเช็คข้อมูลทุกครั้ง ก่อนการลงลายมือชื่อในแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ ทำหัตถการ ผู้ให้คำยินยอมได้แก่

1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)

1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ

1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

2. กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อโดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใดและใส่ชื่อเจ้าของลายพิมพ์นิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้

3. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้นำส่ง ให้ระบุเพิ่มเติมไว้ในช่องพยานว่า "มาคนเดียวไม่มีญาติ"

โรงพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล..... อายุ..... ปี

ซึ่งเป็น ผู้ป่วย หรือ เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ ของ นาย/นาง/นางสาว
นามสกุล..... ได้รับทราบข้อมูลโดยการ อ่าน ฟัง ดังต่อไปนี้

๑. ข้าพเจ้าได้รับทราบการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาเบื้องต้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

๒. ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และทราบว่าอาการผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงคลาดเคลื่อนได้ตลอด

๓. ข้าพเจ้าได้รับทราบผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน

๔. ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลทางเลือกของการรักษาอื่นๆ (ถ้ามี).....

๕. ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิการรักษาพยาบาลและประมาณการค่ารักษาเบื้องต้น

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจและสอบถามเป็นที่เข้าใจแล้ว

 ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงนาม ผู้ป่วย

ลงนาม แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่

(.....) มาคนเดียว

(.....) ผู้ให้คำอธิบาย

 ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย/ขวา

ลงนาม ญาติ

ลงนาม..... พยานแพทย์/พยาบาล

ผู้เป็น (บิดา,มารดา,บุตร,ญาติ (ระบุ)ของผู้ป่วย)

(.....)

หมายเหตุ: มีเอกสารประกอบการให้ข้อมูล.....

โรงพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการผ่าตัดถาวร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล..... อายุ..... ปี

ซึ่งเป็น ผู้ป่วย หรือ เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ

ของ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล.....

ยินยอม ไม่ยินยอม

ให้แพทย์/พยาบาลทำ หัตถการ ให้อาหาร

อื่นๆ (ระบุ) โดยแพทย์/พยาบาล ได้อธิบายรายละเอียด ให้ข้าพเจ้าได้ทราบถึงขั้นตอน
วิธีการรักษา ทางเลือกข้อดี - ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะทำ/หลังทำหัตถการ ข้าพเจ้าได้รับทราบ
มีความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม ผู้ป่วย

ลงนาม แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่

(.....) มาคนเดียว

(.....) ผู้ให้คำอธิบาย

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย/ขวา

ลงนาม ญาติ

ลงนาม..... พยานแพทย์/พยาบาล

ผู้เป็น (บิดา,มารดา,บุตร,ญาติ (ระบุ) ของผู้ป่วย) (.....)

หมายเหตุ : มีเอกสารประกอบการให้ข้อมูล

แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ(OPD)

วันที่เดือนพ.ศ. เวลา.....น

๑. ผู้ป่วยชื่อสกุล..... อายุ ปี/เดือน/วัน
HN
๒. อาการสำคัญ.....
๓. วินิจฉัยเบื้องต้น.....
๔. การให้การรักษา.....(Ex การให้ยาปฏิชีวนะ ,ให้สารน้ำ)
๕. ภาวะแทรกซ้อนของโรค.....
๖. อาการสำคัญที่จะต้องกลับมาพบแพทย์.....
๗. คำแนะนำอื่นๆ.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....
ผู้รับข้อมูล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN.....AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือรับแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยใน

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี ในฐานะ () ผู้ป่วย หรือ () ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....
 ได้รับความทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....

จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ () ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม () ทำหัตถการ / ผ่าตัด () ตรวจพิเศษ () บรรเทา/รักษาอาการของโรค () อื่นๆ.....
 แนวทางการรักษา () ให้สารน้ำ () ให้ออกซิเจน () พ่นยาละลายเสมหะ () ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด () อื่นๆ.....

ข้อดีของการรักษา.....
 ข้อเสียของการรักษา.....
 ทางเลือกในการรักษา.....
 ผลการรักษา.....
 ระยะเวลาในการรักษา.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน () ติดเชื้อในโรงพยาบาล () แพ้ยา () แพ้เลือด () อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่น แพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์ () ยินยอมรับการรักษา () ไม่ยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้แทน
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)
 ()

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)
 ()

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN..... AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ

วันที่เดือนพ.ศ. เวลา..... น

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี ในฐานะ () ผู้ป่วย หรือ () ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....

จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ () ผ่าตัด () ทำหัตถการ

ข้อดีของการผ่าตัด/หัตถการ.....

ข้อเสียของการผ่าตัด/หัตถการ.....

ทางเลือกในการรักษา.....

ผลการผ่าตัด/หัตถการ.....

ระยะเวลาในการรักษา.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน () ติดเชื้อในโรงพยาบาล () แพ้ยา () แพ้เลือด () อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์
 ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ ไม่ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้แทน (.....)	ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ) (.....)
ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (.....)	ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่) (.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN..... AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ป่วยใน สำหรับทารกแรกเกิด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ () ผู้ป่วย หรือ () ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นทารกแรกเกิด ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....
 ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....ของผู้ป่วย จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ () เพื่อการพยาบาลและดูแลหลังคลอด () บรรเทา/รักษาอาการของโรค, ผ่าตัด, หัตถการ, ตรวจพิเศษ ที่(ชื่อหอผู้ป่วย)..... () อื่นๆ.....
 แนวทางการรักษา () ให้ออกซิเจน () ให้สารน้ำ () ให้สารอาหาร () ไขยา () พ่นยาละอองฝอย () ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด () เข้าตู้อบ () อื่นๆ.....
 ข้อดีของการรักษา () ได้รับการตรวจประเมินทารกแรกเกิด ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด/โรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด/ภาวะตัวเหลือง/ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ () ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษา ภาวะผิดปกติและความเจ็บป่วยในเบื้องต้น
 ข้อเสียของการรักษา.....
 ทางเลือกในการรักษา () ถ้าไม่เข้ารับการดูแลเป็นผู้ป่วยใน อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ผลการรักษา () ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๓ วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม () ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ.....วัน (ระบุดูเหตุผล).....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน () ตัวเหลือง () น้ำตาลในเลือดต่ำ () สะดืออักเสบ () การหายใจ () ติดเชื้อในกระแสเลือด () ติดเชื้อในโรงพยาบาล () แพ้ยา () แพ้เลือด () อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้
 ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์ () ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย () ไม่ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้แทน
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)
 ()

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)
 ()

ตำแหน่ง.....