



สภาาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

F _____

เบตรวจเตรียมควมพร้อมก่อนฝ้ค้ดต

โรงพยาบาล : _____

วันที่ส่งตรวจ : _____

ผู้ป่วยชื่อ : _____ อายุ _____ H.N. _____

ประวัติการเจ็บป่วยโรคอื่น(ถ้ามี) : _____

สิทธิการรักษาพยาบาล : บัตรทอง บัตรผู้พิการ จ่ายตรง / ราชการ

รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม กองทุนทดแทน อื่นๆ _____

เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้ : _____

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ : _____ เบอร์โทร. _____

ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด : _____ เบอร์โทร. _____

Plan การรักษา : _____

วันที่ทราบผลการตรวจ: _____

ผลการตรวจ

- พร้อมผ่าตัดตา : RE LE
- VA ตา RE _____ ตา LE _____
- LENS ตา RE _____ ตา LE _____
- ชนิดการผ่าตัด P.K.P TRIPLE Other _____
- CBC ; UA CXR
- ไม่ได้กินยา ASA กินยา ASA หยุดยาเมื่อ _____
- ไม่พร้อมทำผ่าตัด เพราะ : _____
- ยกเลิก เพราะ : _____

หมายเหตุ : ช่วยกรอกข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วนก่อนจัดส่งศูนย์ดวงตา เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย