สปส.2 – 18/1 ก

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการฉีดยาอิริโธรปัวอิติน(รายสัปดาห์) กองทุนประกันสังคม	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับแจ้ง ..... วันที่รับ ..... ชื่อผู้รับ . .....

สำหรับสถานพยาบาล

1. โรงพยาบาล……..…...…..ขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการ

☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ การฉีดยาอิริโธรปัวอิตินของ

ผู้ประกันตน ชื่อ - สกุล .....…….... เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐-☐

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ - สกุล ……

3. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสัปดาห์ ระหว่างวันที่ ..... ถึงวันที่ ..... ดังนี้

รายการ	**ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์** วันที่ .....… (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้ง .....…) จำนวนเงิน (บาท)	**ครั้งที่ 2 ของสัปดาห์** วันที่ .....… (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้ง .....…..) จำนวนเงิน (บาท)	**ครั้งที่ 3 ของสัปดาห์** วันที่ .....…… (เป็นการฟอกเลือดฯ ลำดับครั้ง .....……..) จำนวนเงิน (บาท)
(1) ค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ครอบคลุม 14 รายการ)	……..	……	……..
(2) การฉีดยา อีริโธรปัวอิติน ชื่อ .....……..... ขนาด .....ū	……	……	……
รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2)			

ขอรับรองว่า

1. ☐ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ การฉีดยาอิริโธรปัวอิติน ตามรายการข้างต้นจริง
2. ค่า Hematocrit ก่อนการฟอกเลือด ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ เมื่อวันที่..... เดือน….....…..... พ.ศ..…..... เท่ากับ .....… %
3. ค่า BUN/ Creatinine ก่อนและหลังการฟอกเลือดทุก 3 เดือน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....เท่ากับ.....…/..... mg/dl

ซึ่งคำนวณค่า Kt/v ได้ เท่ากับ .....

(ลงชื่อ)…….. (ลงชื่อ) .....…….....

(……..…….) (…… ……..)

อายุรแพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์ผู้รักษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล……..

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....……....…….....……. ได้รับ

☐ การฟอกเลือดเครื่องไตเทียม

☐ การฉีดยาอิริโธรปัวอิตินตามจำนวนและขนาดในระยะเวลาและรายการ ดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน

(.....)