



# แบบฟอร์มเบิกพลาสมาสำหรับโรคโควิด-19 (COVID-19 Convalescent Plasma/ CCP)

## ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ส่งแบบฟอร์มที่ งานรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน โทรสาร 0-2250 0563 0-2252 0282 หรืออีเมล stemcell\_nbc@hotmail.com

วันที่ ...../...../.....

โรงพยาบาล ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

อีเมล .....

ข้อมูลผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

การวินิจฉัย :  Nasopharyngeal swab RT-PCR ผล (+) วันที่ตรวจ ...../...../.....  ไม่ได้ตรวจ

อื่นๆ โปรดระบุ.....

### รายละเอียดประกอบการเบิก (\*กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การรักษาอยู่ภายใต้โครงการวิจัยทุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ภายใต้โครงการวิจัยของหน่วยงาน .....  ผ่าน IRB No.....

ไม่อยู่ในโครงการวิจัย แต่รักษาตาม protocol ของ .....

ประวัติความเจ็บป่วย	ข้อมูลด้านคลินิกเพิ่มเติม
1. วันที่เริ่มป่วย ...../...../..... อาการ .....	<input type="checkbox"/> มีไข้ ..... องศาเซลเซียส <input type="checkbox"/> หายใจหอบ ..... ครั้ง/ นาที
2. วันที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน (admit) .....	<input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ 1 ข้าง <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ 2 ข้าง
3. เข้าห้องไอซียู วันที่ ...../...../..... <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้า	<input type="checkbox"/> Oxygen saturation .....% (ROOM AIR)
4. โรคที่เป็นร่วมด้วย <input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคปอดเรื้อรัง .....	<input type="checkbox"/> On Ventilator .....
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....

### รายละเอียดด้านโลหิตและพลาสมา CCP ที่ต้องการเบิก

หมู่โลหิต <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม	<input type="checkbox"/> น้ำหนักตัวต่ำกว่า 60 กิโลกรัม เบิกพลาสมา 250 มล. จำนวน 1 ถุง <input type="checkbox"/> น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัมขึ้นไป เบิกพลาสมา 300 มล. จำนวน 1 ถุง <input type="checkbox"/> เบิก 2 ถุง เหตุผล .....
---	---

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ขอเบิก

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับ COVID-19 Convalescent Plasma (CCP) Unit No. ....จำนวน ..... ถุง

ลงชื่อผู้รับ .....

ลงชื่อผู้ส่ง .....

วันที่ ...../...../.....

วันที่ ...../...../.....

หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ 02-263-9600 ต่อ 1143 – 4 ในเวลาทำการ

ต่อ 1000 นอกเวลาทำการ