

CAUSE OF PATIENT DID NOT CONTINUE TO TRANSPLANTATION FOR THAI PATIENT

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย:	
Patient TSCDR ID:	
โรงพยาบาล:	
Transplant Centre:	
Previously request:	วันที่ (วัน/เดือน/ปี) :

1. โปรดระบุการวินิจฉัยและระยะโรคของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน

Diagnosis: _____

Current disease stage: _____

2. สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้ดำเนินการปลูกถ่ายเซลล์ต้นเม็ดโลหิต โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความ

2.1 ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์หรือผู้ป่วยไม่พร้อมเข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

☐ 2.1.1 ระยะโรคของผู้ป่วยไม่ดี

☐ 2.1.2 ผู้ป่วยมีอาการ/โรคแทรกซ้อน

☐ 2.1.3 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

☐ 2.1.4 ไม่พบผู้บริจาคที่มีเนื้อเยื่อตรงกัน

☐ 2.1.5 ผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจที่จะไม่ดำเนินการต่อ

☐ 2.1.6 ผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ย้ายโรงพยาบาล

☐ 2.1.7 ผู้ป่วยเสียชีวิต วันที่ (วัน/เดือน/ปี): _____

☐ 2.1.8 อื่นๆ (โปรดระบุ): _____

2.2 ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและไม่เหมาะกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

☐ 2.2.1 โรคกลับเป็นซ้ำ

☐ 2.2.2 ผู้ป่วยโรคยังไม่สงบ

☐ 2.2.3 อื่นๆ (โปรดระบุ): _____

2.3 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีการอื่น

☐ 2.3.1 Haploidentical Stem cell Transplantation (haplo-SCT)

☐ 2.3.2 Autologous Stem cell Transplantation (auto-SCT)

☐ 2.3.3 Chemotherapy

☐ 2.3.4 อื่นๆ (โปรดระบุ): _____

3. แพทย์ต้องการยกเลิกการขึ้นทะเบียนค้นหาผู้บริจาคฯ ของผู้ป่วยหรือไม่

☐ ต้องการยกเลิก

☐ ไม่ต้องการยกเลิก

Remark _____

ชื่อผู้แจ้ง : _____ วันที่: ____/____/____ (วัน /เดือน /ปี)

กรุณาส่งกลับมาที่ E-mail: tscdr.coordinators@redcross.or.th