

กท. 55

ใบสรุปปรึกษาค่ารักษาพยาบาล กรณีลูกจ้างเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

กรณีการรักษายังไม่สิ้นสุด กรณีการรักษาสิ้นสุดแล้ว ปรึกษาครั้งที่.....

ชื่อสถานพยาบาล..... จังหวัด..... สำนักงานประกันสังคม.....

กรณีค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 50,000 บาท

กรณีค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 150,000 บาท

กรณีค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 300,000 บาท

กรณีค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 500,000 บาท

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประชาชน/เลขบัตรประกันสังคม/ใบอนุญาตกรณีต่างด้าว.....

ชื่อสถานประกอบการ..... ประเภทกิจการ.....

HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....

วันที่ประสบอันตราย..... วันที่เข้ารับการรักษา.....

สาเหตุการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

2. สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

สภาพเมื่อแรกรับ เดินได้ นั่งรอดเข็น เปลงอน

สภาพการรับรู้ รู้สึกตัวดี (Normal Conscious) งุนงง สับสน (Confusion)

ซึม (Drowsiness) ไม่ค่อยรู้สึกตัว (Semi-coma)

ไม่รู้สึกตัว (Coma)

สภาพวิกฤติ (Glasgow Coma Score)

นำส่ง โดย มาเอง รถพยาบาล อื่นๆ.....

3. วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... สาเหตุที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Indication for admission)

4. ระยะเวลาการรักษา ตั้งแต่วันที่แรกรับ..... วันที่ส่งปรึกษา..... รวม วัน
วันที่แรกรับ ถึง วันจำหน่าย ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม วัน

5. ข้อมูลแพทย์ผู้รักษา

แพทย์เจ้าของใจซื่อ..... เชี่ยวชาญสาขา.....

แพทย์สาขาอื่นที่ร่วมรักษา ไม่มี มี จำนวน..... คน/สาขา โปรดระบุชื่อและสาขา.....

6. สถานที่รับรักษา (กรุณาระบุวันที่แรกเข้าถึงวันจำหน่ายและระยะเวลาของแต่ละประเภทของหอผู้ป่วย)

หอผู้ป่วยทั่วไป ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... วัน

หอผู้ป่วยหนัก(ICU,CCU) ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... วัน

มีการใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากระบบหายใจล้มเหลว จำนวน..... วัน

หอผู้ป่วยไฟไหม้ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่ส่งปรึกษาร่วม.....บาท
และประมาณการค่ารักษาที่จะเกิดขึ้น.....บาท รวม.....บาท

7. การวินิจฉัยเบื้องต้นและหรือวินิจฉัยโรคหลักที่เกิดจากการงาน (พร้อมการลงรหัส ICD 10 พร้อมหมวด XIX ถึง XXI)

- 1).....รหัส ICD 10.....
- 2).....รหัส ICD 10.....
- 3).....รหัส ICD 10.....

8. โรคที่มีอยู่เดิม (Co-morbidity) (พร้อมการลงรหัส ICD 10)

- 1).....รหัส ICD 10.....
- 2).....รหัส ICD 10.....

9. ระบุภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (พร้อมลงรหัส ICD 10)

- 1).....
- 2).....

10. โปรดระบุเหตุการณ์และการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ (พร้อมลงรหัส ICD 9 และใบรายงานการผ่าตัด)

- 1).....วันที่ให้การรักษา.....
- 2).....วันที่ให้การรักษา.....
- 3).....วันที่ให้การรักษา.....
- 4).....วันที่ให้การรักษา.....
- 5) การระงับความรู้สึกชนิด.....ระยะเวลา.....วันที่ให้การรักษา.....

11. การตรวจพิเศษที่สำคัญ (ต้องระบุเหตุผลของการตรวจ พร้อมส่งเอกสารผลการตรวจ)

- 1).....
- 2)

12. แผนการรักษาต่อเนื่อง (Further Treatment Planning)

เหตุผล

13. เวชภัณฑ์/กายอุปกรณ์/อุปกรณ์ที่ใช้กับร่างกายผู้ป่วย

- อวัยวะเทียม (Prosthesis Device)
- ภายใน ภายนอก
- อุปกรณ์การแพทย์ (Medical Device)
- ใส่แบบถาวร (Permanent) ใส่ชั่วคราว (Temporary)

14. ข้อมูลเพิ่มเติม

ลงชื่อผู้สรุประยงาน.....ตัวบรรจง

ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

วันที่

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับรองการบันทึกข้อมูล

(.....)

วันที่.....

15. ความเห็นของที่ปรึกษาทางการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....