



แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย ชุดที่ 1

Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry)

ข้อมูลสถาบันที่ให้การรักษาทดแทนไต

(ส่งข้อมูลเข้าสมาคมโรคไตฯ ตามหลักเกณฑ์ ตรีต.)

HD CAPD

1. ชื่อสถาบันที่ให้การรักษ _____
2. รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ (HCODE) _____
3. ที่อยู่สถาบันที่ให้การรักษ เลขที่ _____ หมู่ _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____
เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์
4. โทรศัพท์หน่วยงาน _____ 5. โทรศัพท์มือถือ _____
6. โทรสาร _____ 7. E-mail _____
8. สังกัด 1. สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข 2. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข
 3. กรมอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข 4. ทบวงมหาวิทยาลัย
 5. กระทรวงกลาโหม 6. กระทรวงมหาดไทย 7. เอกชน
 8. มูลนิธิ/สภากาชาด 9. อื่นๆ(ระบุ) _____
9. สถานภาพ 1. ศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาล 2. ศูนย์ไตเทียมนอกโรงพยาบาล
10. ลักษณะการดำเนินการ 1. ดำเนินการโดยสถาบันที่ตั้ง 2. ดำเนินการโดยให้ผู้อื่นเช่าช่วง
11. กรณีให้ผู้อื่นเช่าช่วง ผู้เช่าช่วงคือ _____
12. การทำ Hemodialysis 1. ไม่มี 2. มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.
13. การทำ CAPD 1. ไม่มี 2. มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.
14. การทำ Transplantation 1. ไม่มี 2. มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.
15. บุคลากร
- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. จำนวนแพทย์อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 2. จำนวนอายุรแพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 3. จำนวนอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ยังไม่ได้ผ่านการอบรมไตเทียม | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 4. จำนวนแพทย์ผู้ผ่าตัดเตรียม Vascular access | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 5. จำนวนแพทย์ผู้ให้บริการ Vascular intervention | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 6. จำนวนแพทย์ทั่วไป | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 7. จำนวนพยาบาลประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียม(HD) | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 8. จำนวนพยาบาล HD ผ่านการอบรม 4เดือนและ 6 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 9. จำนวนพยาบาล PD ผ่านการอบรม 4 เดือนและ 6 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 10. จำนวนพยาบาลเทคนิค | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 11. จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั่วไป | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 12. จำนวนเภสัชกรที่ให้คำแนะนำผู้ป่วย** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 11. จำนวนผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 14. ผู้ให้บริการวาง Tenckhoff's catheter | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 15. Tchnicianหรือวิศวกรผู้ดูแลระบบน้ำ** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 16. นักจิตวิทยา/จิตแพทย์** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 17. โภชนากร** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 18. นักสังคมสงเคราะห์** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |

**หมายถึง บุคลากรที่ทำงานประจำศูนย์ ไม่ใช่ บุคลากรประจำโรงพยาบาล



แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย ชุดที่ 1
Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry)

ข้อมูลสถาบันที่ให้การรักษาทดแทนไต

(ส่งข้อมูลเข้าสมาคมโรคไตฯ ตามหลักเกณฑ์ ทรต.)

- 16.จำนวนเครื่อง Hemodialysis ที่ใช้งานอยู่จริง _____ เครื่อง
- 17.มีการใช้ Dialyzer ซ้ำหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี ประมาณกี่____%, เฉลี่ยจำนวน _____ ครั้งที่ใช้ reuse
- 18.วิธีการ Reuse 1.ใช้วิธี manual 2.ใช้เครื่องอัตโนมัติ 3.ทั้งสองแบบ
- 19.น้ำยาที่ใช้ Disinfectant ในการ Reuse dialyzer 1.Formalin 2.Peracetic acid mixture
 3.อื่นๆ _____
- 20.มีการใช้ Blood line ซ้ำหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี ประมาณกี่____%, เฉลี่ยจำนวน _____ ครั้งที่ใช้ reuse
- 21.ระบบการกรองน้ำ
- | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|--|
| 1. Direct feed | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี | 2. Indirect feed | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี |
| 3. Multimedia filter | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี | 4. Softener | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี |
| 5. Chlorine feed | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี | 6. Reverse osmosis | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี |
| 7. Deionization | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี | 8. Bacteria filter (0.2 ไมครอน) | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี |
| 9. Activated carbon filter | <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี | | |
- 22.การตรวจรับรองมาตรฐานทรต. 1.ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานทรต./ระยะเวลา 6เดือน 2ปี 4ปี
 2.กำลังขอตรวจรับรองมาตรฐานทรต.

ชื่อ-นามสกุลผู้กรอกข้อมูล _____ ว/ด/ป ที่กรอกข้อมูล _____ / _____ / _____

กรอกรายละเอียดตัวบรรจง ส่งมาทางอีเมลหรือแฟกซ์ :trtnephrology@gmail.com , kookkai_1328@hotmail.com
โทรศัพท์สมาคมโรคไตฯ: 02-7166091, 02-7167450, 02-7181898, 02-7166661 โทรศัพท์มือถือเบอร์ : 081-8122654
เบอร์แฟกซ์ : 02-7181900 LineID TRT : trtnephrology