ใบรายงานแพทย์

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย) .....

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :
   - โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
   - โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....
2. กรณีการเจ็บป่วย
   - โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
   - โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
   - ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้มานานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....
3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย)

☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ

☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้ หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้นโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

(ทุพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

☐ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมี ภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย)

O โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

หมายความถึง ความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเป็นผลมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาทเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมง รวมถึงหลอดเลือดสมองแขนงใหญ่แตก (Major Complex Stroke) การอุดตันแบบสมบูรณ์ของหลอดเลือดในสมองและภาวะเนื้อสมองตาย

O ภาวะโคม่า (Coma)

หมายความถึง การสลบหรือหมดความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

1) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
2) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพโดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
3) สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆได้อย่างถาวร
4) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายหลัง 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

O ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

หมายความถึง การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายได้อย่างถาวร หรือต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง

O ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

หมายความถึง การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

4.ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่

( ) ไม่ได้ตรวจ ( ) ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น .....

ลงชื่อแพทย์.....

( )

หมายเลขใบอนุญาต ..... วุฒิบัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น .....