



แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย
Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry)
ข้อมูลสถาบันที่ให้การรักษาทดแทนไต
(ส่งข้อมูลการรักษาปีละ 4 ครั้ง)

1. ชื่อหน่วยไตเทียม..... HD CAPD
2. ชื่อหน่วยบริการสุขภาพ.....
3. รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ (HCODE).....
4. ที่อยู่หน่วยไตเทียม (กรณี อยู่ในสถานพยาบาล) ระบุ ห้อง..... ชั้น..... อาคาร.....
เลขที่..... หมู่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
5. โทรศัพท์หน่วยงาน..... 6. โทรศัพท์มือถือ..... 7. อีเมล.....
- 8.สังกัด 1.สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข 2.กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข
 3.กรมอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข 4.ทบวงมหาวิทยาลัย
 5.กระทรวงกลาโหม 6.กระทรวงมหาดไทย
 7.เอกชน 8.มูลนิธิ
 9.สภาวิชาชีพ 10.องค์กรการกุศล
 11.กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม 12.กระทรวงการคลัง
 13.กระทรวงศึกษาธิการ 14.สำนักงานการแพทย์ กทม.
 15.สำนักนายกรัฐมนตรี 16.กระทรวงการอุดมศึกษา (โรงเรียนแพทย์)
 17.คลินิก 18.อื่นๆ (ระบุ).....
- 9.สถานภาพ 1.ศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาล 2.ศูนย์ไตเทียมนอกโรงพยาบาล
- 10.ลักษณะการดำเนินการ 1.ดำเนินการโดยสถาบันที่ตั้ง 2.ดำเนินการโดยหน่วยงานภายนอก (บริษัท/หน่วยงาน)
- 11.กรณีดำเนินการโดย บริษัท/หน่วยงานภายนอก ชื่อ.....
- 12.ลักษณะของหน่วยไตเทียมที่จะเปิดดำเนินการ ศักยภาพ..... หน่วย
 1.หน่วยไตเทียมใหม่ ไม่เคยมีหน่วยไตเทียมอื่น ในสถานพยาบาล
 2.หน่วยไตเทียมใหม่ แยกพื้นที่จากหน่วยไตเทียมเดิม (คนละพื้นที่ หรือ คนละชั้นที่มีชั้นคั่นกลาง)
ระบุ ชื่อหน่วยไตเทียมเดิม.....
(กรณี อยู่ในสถานพยาบาล ระบุ ห้อง, ชั้น, อาคาร).....
 3.หน่วยไตเทียมใหม่ โดยผู้ดำเนินการคนละราย กับหน่วยไตเทียมที่มีก่อนหน้านี ในสถานพยาบาล
ระบุ ชื่อหน่วยไตเทียมเดิม.....
(กรณี อยู่ในสถานพยาบาล ระบุ ห้อง, ชั้น, อาคาร).....
 4.หน่วยไตเทียมใหม่ โดยผู้ดำเนินการรายใหม่ แต่รับช่วงต่อในพื้นที่ และศักยภาพเดิม
 5.อื่นๆ ระบุ.....
- 13.การทำ Hemodialysis 1.ไม่มี 2.มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.....
- 14.การทำ CAPD 1.ไม่มี 2.มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.....
- 15.การทำ kidney Transplantation 1.ไม่มี 2.มี ถ้ามีเริ่มการรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ.....



แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย
Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry)
ข้อมูลสถาบันที่ให้การรักษาทดแทนไต
 (ส่งข้อมูลการรักษาปีละ 4 ครั้ง)

16. ประเภทบุคลากร

- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 2.อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไตอบรมไตเทียม 4 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 3.อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ยังไม่ได้ผ่านการอบรมไตเทียม | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 4.แพทย์ผู้ผ่าตัดเตรียม Vascular access | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 5.แพทย์ผู้ให้บริการ Vascular intervention | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 6.แพทย์สาขาอื่นหรือแพทย์ทั่วไป | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 7.พยาบาลประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (HD) | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 8.พยาบาล HD ผ่านการอบรม 4เดือน/ 6 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 9.พยาบาล PD ผ่านการอบรม 4 เดือน/ 6 เดือน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 10.พยาบาลวิชาชีพทั่วไป | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 11.พยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 12.เภสัชกรที่ให้คำแนะนำผู้ป่วย** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 13.ผู้ให้บริการวาง Tenckhoff's catheter | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 14.Tchnician หรือวิศวกรผู้ดูแลระบบน้ำ** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 15.นักจิตวิทยา/จิตแพทย์** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 16.นักโภชนาการ/ นักกำหนดอาหาร** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 17.นักสังคมสงเคราะห์** | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |
| 18.เจ้าหน้าที่ธุรการ/คนงาน | Fulltime <input type="text"/> คน | Part time <input type="text"/> คน |

** หมายถึง บุคลากรที่ทำงานประจำศูนย์ ไม่ใช่ บุคลากรประจำโรงพยาบาล

17.จำนวนเครื่อง Hemodialysis ที่ใช้งานอยู่จริง.....เครื่อง

- 18.มีการใช้ Dialyzer ซ้ำหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี ประมาณ.....%, เฉลี่ยจำนวน.....ครั้งที่ reuse
- 19.วิธีการ Reuse 1.ใช้วิธี manual 2.ใช้เครื่องอัตโนมัติ 3.ทั้งสองแบบ
- 20.น้ำยาที่ใช้ Disinfectant ในการ Reuse dialyzer 1.Formalin 2.Peracetic acid mixture
 3.อื่นๆ.....
- 21.มีการใช้ Blood line ซ้ำหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี ประมาณ.....%, เฉลี่ยจำนวน.....ครั้งที่ reuse



แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย
Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry)
ข้อมูลสถาบันที่ให้การรักษาทดแทนไต
(ส่งข้อมูลการรักษาปีละ 4 ครั้ง)

22.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 | | | |

- 23.การตรวจรับรองมาตรฐานฯจากศ.ร.ต. 1.ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานฯ/ระยะเวลา 6 เดือน 2 ปี 4 ปี
 2.กำลังขอตรวจรับรองมาตรฐานฯ จากศ.ร.ต.

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประสานงาน.....ว/ด/ป ที่กรอกข้อมูล...../...../.....

กรอกรายละเอียดตัวบรรจง ส่งมาทางอีเมล: trtnephrology@gmail.com , kookkai_1328@hotmail.com

ติดต่อสอบถาม: โทรศัพท์: 02-7167450 โทรศัพท์มือถือ: 081-8122654 หรืออีเมล