



HLA Laboratory, Blood Bank Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital,
Faculty of Medicine, Chiang Mai University Tel. 0-5394-5628 Ext.17 ; Fax 0-5394-6568

Code _____	 LIVER INFORMATION FORM	(ติดสติ๊กเกอร์)
		ชื่อ-สกุล _____
		H.N. _____

1. วัน เดือน ปี..... WARD..... แพทย์.....
2. ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
3. เลขที่บัตรประชาชน..... วัน เดือน ปีเกิด.....
4. เพศ..... 5. เชื้อชาติ..... ภูมิลำเนา.....
6. หมู่เลือด..... ☐ Patient ☐ Donor ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
7. ที่อยู่.....
8. โทรศัพท์ (บ้าน, มือถือ)..... (ที่ทำงาน).....
9. อาชีพ..... 10. เป็นโรคตับมานาน..... ปี
11. ประวัติการเป็นโรคตับภายในครอบครัว ☐ มี ☐ ไม่มี
12. ประวัติการรับเลือด ☐ เคย จำนวน..... ครั้ง
ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
ปฏิบัติกรหลังรับเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ไม่เคย
13. ประวัติการตั้งครรภ์..... ครั้ง จำนวนบุตร..... คน
14. ประวัติการเปลี่ยนตับ ☐ เคย ครั้งที่..... ☐ ไม่เคย
15. วันที่ทำการเปลี่ยนตับ..... ☐ จากญาติ ☐ จากผู้บริจาคทั่วไป
16. Diagnosis ☐ Biliary atresia ☐ Chronic hepatitis B
☐ Primary biliary cirrhosis ☐ Chronic hepatitis C
☐ Primary sclerosing cholangitis ☐ Alcoholic liver disease
☐ Autoimmune hepatitis ☐ Idiopathic/Cryptogenic
☐ Metabolic liver disease, specify : ☐ Malignancies, specify :
.....
☐ Cholestatic liver disease, specify : ☐ Acute liver failure, specify cause :
.....
☐ Other, specify :.....

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการแปลผลการตรวจ

จนท.ทะเบียนฯ.....จนท.ผู้เจาะเลือด.....
 จนท.ผู้ตรวจทาน.....วันที่.....เวลา.....น.
 หมายเหตุ.....
 แก้ไขครั้งที่ 00