

**ใบรายงานแพทย์**

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย) .....

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

**1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....

**2. กรณีการเจ็บป่วย**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

**3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมายใน )**

- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้ หมายถึงรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

- ทูพสภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ทูพสภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย  
 (ทูพสภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทูพสภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่ที่งานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

**4. เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมี ภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมายใน )**

**ภาวะโคม่า (Coma)**

หมายความถึง การสลบ หรือความรู้สึกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ หรือ ประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1 ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ
- 2 ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 3 ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างหนึ่งอย่างใดอย่างถาวร ภายหลังจาก 30 วัน นับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึก ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการสลบหรือหมดความรู้สึกที่มีสาเหตุโดยตรงจากการดื่มสุราหรือการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)

**ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)**

หมายความถึง การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ของแพทย์สภา

**ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย**

หมายความถึง ภาวะการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ และได้รับการลงความเห็นจากแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแผนปัจจุบันผู้ให้การรักษาว่าภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวจะเป็นเหตุให้เสียชีวิต และ/หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้

- 1 ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระยะสุดท้าย
- 2 โรคหลอดลมปอดอุดกั้นหรือเรื้อรังขั้นรุนแรงหรือ โรคปอดระยะสุดท้าย (Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease or End-Stage Lung Disease)  
 หมายถึงโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังขั้นรุนแรง หรือโรคปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจและมีลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ
  - 1 จำเป็นต้องให้ออกซิเจนตลอดเวลาโดยข้อบ่งชี้ของการให้ออกซิเจนคือ แรงดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 mmHg. ขณะหายใจอากาศปกติ
  - 2 มีค่า Force Expiratory Volume 1<sup>st</sup> second (FEV1) น้อยกว่า 1 ลิตรอย่างต่อเนื่องกันในระยะเวลานานกว่า 2 เดือน

ลงชื่อแพทย์.....

( )

หมายเลขใบอนุญาต ..... ผู้บัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น .....