



## โครงการน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง CAPD

1. ชื่อโรงพยาบาล ..... จังหวัด .....  
 สปสช. เขตพื้นที่ ..... วันที่ .....
2. สาเหตุการคิน  
 คนไข้เสียชีวิต  มีน้ำยาเหลือมาก  .....
3. เป็นผลิตภัณฑ์ของ  
 บ.Baxter  บ. Fresenius  .....
3. ให้เก็บคิน  
 เป็น Buffer โรงพยาบาล  คลังไปรษณีย์  .....
4. ชื่อคนไข้
- 3.1 นาย/นาง/น.ส..... นามสกุล.....  
 บ้านเลขที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... เขต.....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง
- 3.2 นาย/นาง/น.ส..... นามสกุล.....  
 บ้านเลขที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... เขต.....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง
- 3.3 นาย/นาง/น.ส..... นามสกุล.....  
 บ้านเลขที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... เขต.....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง  
 ความเข้มข้น..... จำนวน..... ถัง

กรุณาส่งข้อมูลที่ \*\*

- E- mail : Kitti Rahong [r.kitti@hotmail.com](mailto:r.kitti@hotmail.com) (.....)  
 : [vmi@gpo.or.th](mailto:vmi@gpo.or.th) ตำแหน่ง CAPD Case Manager  
 FAX ( 02-2038909 ) ...../...../.....

