

ผลการตรวจมะเร็งตับ

ชื่อ		หมายเลขประจำตัว		- 1(2)*****	
แบ่ง	รายการตรวจ (วันที่ตรวจ)		ผล		สรุป ※ เขียนตามกฎการทดสอบ
มะเร็ง ตับ	การตรวจอัลตราซาวด์ตับและ สารป่งบอกระดับ AFP (วันที่เดือนปี)				
	ข้อแนะนำ				
	วันที่ออกผล	วันที่เดือนปี	แพทย์	ใบอนุญาตเลขที่	
			ชื่อแพทย์	(ลงชื่อ)	

การแจ้งผลการตรวจมะเร็งตับ	
<p>※ (สมาชิกประกันสุขภาพ)ในกรณีที่ผลการตรวจระบุว่าต้องการใบแพทย์จากโรงพยาบาลชั้นนำนั้น, สามารถนำเอกสารทั้งหมดเอกสารค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (เอกสารขอเข้าตรวจ) ที่ได้รับขอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชั้นนำได้.</p> <p>※ (ผู้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์)</p> <p>กรณีแพทย์ประเมินและลงความเห็นในใบรับรองการตรวจสุขภาพว่าผลการตรวจสุขภาพพบสภาวะผิดปกติและจำเป็นต้องตรวจเพิ่มสามารถเปลี่ยนไปตรวจสุขภาพเป็นเอกสารเรียกร้องการบริการด้านสุขภาพและตรวจรักษาโรคได้ที่สถานบริการแพทย์และกรณีต้องได้รับการบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาโรคก่อนตามขั้นตอนการบริการด้านสุขภาพมาตรา 3 ใน「ข้อกำหนดตามกฎหมายการบริการทางการแพทย์」และสำหรับผู้ที่ได้รับการคุ้มครองการบริการด้านสุขภาพแบบระบุตัวเลือกจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาโรคที่สถานบริการแพทย์ที่ตัวเองเลือกไว้ก่อน</p> <p>※ สำหรับการคัดกรองมะเร็งตับขอแนะนำว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งมีอายุมากกว่า 40 ปี (ผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งแอนติเจนไวรัสตับอักเสบบีแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบีและผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังโดยไวรัสตับอักเสบบีและซี) เพื่อได้รับการตรวจคัดกรองเป็นปกติ (การตรวจอัลตราซาวด์ตับและสารป่งบอกระดับ AFP) ทุกๆ 6 เดือน</p> <p>※ การตรวจมะเร็งตับโรคมะเร็งจะไม่สามารถแยกตรวจได้เป็นส่วนหากพบอาการน่าสงสัย (น้ำหนักตัวลด, ตัวเหลืองแบบตีชาน, เหนื่อยกระทันหันเป็นต้น) จะต้องเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ทันที, หากผลการตรวจพบว่าเป็นปกติแต่ได้รับคำแนะนำอื่นเพิ่มเติมจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด</p> <p>※ ผู้รับตรวจที่จดทะเบียนเป็นผู้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบพิเศษเพื่อรักษาโรคมะเร็งตับอาจเลื่อนเวลาการคัดกรองมะเร็งตับออกไปในระหว่างการรับพยาบาลแบบพิเศษ</p> <p>※ ในบรรดาผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไข (เบี้ยประกันสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งแห่งชาติและอื่น ๆ) สามารถมีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ติดต่อศูนย์สุขภาพในพื้นที่ของคุณเพื่อขอรายละเอียด)</p> <div><div>แจ้งผลการตรวจมะเร็งไว้ข้างต้น</div><div>วันที่ เดือน ปี</div><div>หมายเลขของครีที่ตรวจ</div><div>ชื่อสถาบันที่ตรวจ</div></div>	

※ ใบแจ้งผลการตรวจสอบมะเร็งนี้ลงตามบันทึกการตรวจตามผลการตรวจแต่ละหัวข้อ