

ใบรายงานแพทย์
กรมธรรม์ประกันภัย ซีไอ พร้อม

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย)

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

- โปรดระบุวันที่ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง (ด้านล่าง) จากท่านเป็นครั้งแรก.....
อาการที่เข้ามารับการรักษา.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรค การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยดังกล่าว มาก่อนการรักษาจากท่านหรือไม่ ◯ มี ระยะเวลา.....ก่อนรับการรักษา ◯ ไม่มี

2. กรุณาระบุความเห็นหรือการวินิจฉัยของท่านว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากกรณีใดดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง , ◯)

- ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยทันที เนื่องจาก ◯ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ..... ◯ การเจ็บป่วยด้วยโรค.....
- จากการตรวจรักษา ผู้ป่วยมีอาการหรือภาวะดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดระบุ)

○ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- มี ◯ ไม่มี การตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลันเป็นครั้งแรก(First Heart Attack) ผลมาจากเลือดไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ
- มี ◯ ไม่มี ได้รับการวินิจฉัย/ การแนะนำ/ การดูแลจากแพทย์ด้านโรคหัวใจ (Cardiologist)
- มี ◯ ไม่มี มีประวัติอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นแบบจำเพาะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Typical Chest Pain)
- มี ◯ ไม่มี มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้า (EKG) ครั้งใหม่ ที่บ่งว่ากล้ามเนื้อหัวใจตาย
- มี ◯ ไม่มี ระดับเอนไซม์ซีเค-เอ็มบี (CK-MB) สูงขึ้นแบบปัจจุบันทันที
- มี ◯ ไม่มี ระดับโทร โพนิน (Troponin T or I) สูงขึ้นแบบปัจจุบันทันที
- มี ◯ ไม่มี ค่าอิจักชั่น แฟรคชั่น (Ejection Fraction) ของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 50% โดยวัดหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่น้อยกว่า 90 วัน

○ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

- มี ◯ ไม่มี ความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง รวมถึงเนื้อเยื่อสมองตาย อันมีสาเหตุมาจากเลือดออกในสมองหรือได้เชื้อหุ้มสมอง(Cerebral and Subarachnoid Haemorrhage) เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดสมอง (Cerebral Embolism and Cerebral Thrombosis)
- มี ◯ ไม่มี ได้รับการยืนยันหรือรายงานจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทางระบบประสาทว่า มีความเสียหายของระบบประสาทไม่น้อยกว่า 25% ของการทำงานของระบบประสาททั้งหมดอย่างถาวร ติดต่อกันอย่างน้อย 90 วัน (นับจากวันแรกที่เกิดอาการ)
- มี ◯ ไม่มี มีการถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerised Tomography) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging) หรือการตรวจภาพถ่ายอื่นๆ (Imagine Techniques) ซึ่งแสดงผลการวินิจฉัยการเกิดขึ้นใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง (New Stroke)

○ โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)

- มี ◯ ไม่มี ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งปรากฏอาการแห่งความล้มเหลวอย่างถาวรในการทำงานของไตทั้งสองข้าง และมีผลตรวจทางการแพทย์ หรือผลเลือดยืนยัน
- มี ◯ ไม่มี ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคด้านโรคไต
- มี ◯ ไม่มี มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ(Requiring Regular Renal Dialysis)หรือการผ่าตัดเปลี่ยนไต

○ ภาวะโคม่า (Coma)

- มี ◯ ไม่มี การสลบหรือหมดความรู้สึก โดยไม่มีกรตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆ ทั้งภายใน หรือภายนอกร่างกายติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- มี ◯ ไม่มี ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ โดยไม่สามารถใช้ชีวิตใดๆ ในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
- มี ◯ ไม่มี สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆ ได้อย่างถาวร
- มี ◯ ไม่มี ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายหลังจาก 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

ลงชื่อแพทย์.....

()

หมายเลขใบอนุญาต วุฒิบัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น