

**เมื่อใช้พบประจักษ์กับ**  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**แบบฟอร์มแจ้งการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลเกี่ยวกับ COVID-19 ( MTL )** สอบถามข้อมูลได้ที่ศูนย์บริการผู้ถูกกล่าวหา 1484

แจ้งผู้ตรวจธรรมภิบาล (บริษัท/องค์กร) ..... ชื่อผู้ประสานงาน ..... โทร. ....  
(กรณีการตรวจธรรมภิบาลแบบกลุ่ม)

ชื่อผู้ร้องเรียน ..... 1 ..... โทร. .... 2 .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... 3 .....

ชื่อติดต่อ หรือผู้ดำเนินการแทนผู้ร้องเรียน ..... โทร. ....

ความสัมพันธ์กับผู้ร้องเรียน .....  บิดา  มารดา  บุตร  คู่รัก  อาจาย  ลูกพี่/น้อง  อื่น ๆ (ระบุ) .....

แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่ ..... โรงพยาบาล .....

แพทย์วินิจฉัยอยู่ในภาวะ โคม่าด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่ ..... โรงพยาบาล .....

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19  เคย ได้รับการวินิจฉัย มีประวัติที่ .....  
 เคย ไม่ได้รับการวินิจฉัย มีประวัติที่ .....  
 ไม่เคยป่วยด้วยโรคนี้

มีข้อร้องเรียนต่อหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความรุนแรงของ การตรวจธรรมภิบาล ดังนี้

ขาดการมีข้อมูลภาวะ โคม่าด้วยโรค COVID-19 ( จะระบุชื่อผู้ร้องเรียนต่อหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลในโรงพยาบาล  เสียชีวิต เมื่อวันที่ ..... )  
 ขาดการวินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (แบบตรวจ : เอก จักษุฯ)  
 ขาดการมีข้อมูลเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (แบบตรวจทางการแพทย์ที่จ่ายจริง แต่ไม่บันทึกจำนวนในเอกสารประจักษ์)  
 ขาดการตรวจวิเคราะห์การวินิจฉัยผลวินิจฉัยผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยด้วยโรค COVID-19 (ค่าตรวจหาไวรัส)

ข้าพเจ้า (ผู้ร้องเรียน) ผู้ป่วยโรค โคม่า (ผู้ถูก) ขอเรียกร้องให้หน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาล และขอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาล เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และขอเรียกร้องให้มีการปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาล เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และขอเรียกร้องให้มีการปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาล เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานผู้ตรวจธรรมภิบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้าพเจ้าขอเสนอและยินยอมให้ สืบหา และ หารือเกี่ยวกับ ใช้ เมื่อออกเอกสารฉบับนี้ ซึ่งไประบุรายละเอียด และ หารือเกี่ยวกับ ฉบับนี้ไว้กับได้ดำเนินการกับฉบับนี้

ข้าพเจ้าได้ดำเนินการปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเป็นอย่างดี จึงได้ลงนามนี้ซึ่งเอกสาร และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... ผู้ร้องเรียน หรือผู้ประสานงาน  
(.....) (.....)

เอกสารประกอบการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลเพื่อการพิจารณา ไปรษณีย์เอกสารได้ครบถ้วน (เอกสารส่งมา ไปรษณีย์เอกสารถูกต้อง)

<p>กำกับชื่อหน่วยงาน</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลแบบกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขึ้นชื่อ หรือบัตรข้าราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินคดีฟ้องร้อง และ รายการค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์เป็นหนังสือ หรือฉบับสำเนาใบรับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประวัติการรักษารายบุคคล และผลตรวจผลแล็บ COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่รับค่าตอบแทนที่ได้รับจากผู้ตรวจ</p>	<p>กำหนดค่าได้</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลแบบกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขึ้นชื่อ หรือบัตรข้าราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ รายการค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์เป็นหนังสือ หรือฉบับสำเนาใบรับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประวัติการรักษารายบุคคล และผลตรวจผลแล็บ COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่รับค่าตอบแทนที่ได้รับจากผู้ตรวจ</p>
<p>ภาวะ โคม่า หรือค่าชดเชยแบบตรวจ (เอก จักษุฯ)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลแบบกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขึ้นชื่อ หรือบัตรข้าราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์เป็นหนังสือ หรือฉบับสำเนาใบรับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประวัติการรักษารายบุคคล และผลตรวจผลแล็บ COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่รับค่าตอบแทนที่ได้รับจากผู้ตรวจ</p>	<p>กรณีเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งการร้องเรียนการตรวจธรรมภิบาลแบบกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษารายบุคคล และผลตรวจผลแล็บ COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ ของผู้เสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หนังสือเดินทาง ทะเบียนบ้านของผู้ป่วยโรค โคม่า</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยโรค โคม่า (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่รับค่าตอบแทนที่ได้รับจากผู้ตรวจ</p>


หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมหากมีระบุไว้ในข้อละ ส่วนเอกสาร โคม่าที่ระบุไว้ตามความจำเป็น

Rev.06/13/2020

กรอก 1. ชื่อ - สกุล  
2. เบอร์โทรศัพท์  
3. ที่อยู่

2 ลงชื่อ

เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ มกราคม 2565

  
**ใบรับรองแพทย์**  
 โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณเชียงใหม่  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข้าพเจ้า  
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_  
 สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณเชียงใหม่  
 110 ถนนอินทาวโรด ต.ศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ได้ทำการตรวจ \_\_\_\_\_ เพศ หญิง อายุ ปี เลขที่โรงพยาบาล \_\_\_\_\_  
 การวินิจฉัยโรค ติดเชื้อไวรัส COVID-19  
 ตรวจที่โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณเชียงใหม่ วันที่ (ตรวจ RT-PCR)  
 ผลการตรวจ ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

ความคิดเห็นของแพทย์  
 - ให้ออกตัวกลับบ้าน จนถึงวันที่ \_\_\_\_\_  
 เข้ารับการรักษาใน home \_\_\_\_\_

เอกสารแนบ 1  
 ใบรับรองแพทย์

Page 1 of 12

ใบสรุปข้อมูลผู้ป่วยจำหน่าย  
 Discharge Summary

(รหัสสถานพยาบาล 13780)

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณเชียงใหม่ ภาควิชา อายุรศาสตร์

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เพศ ชาย \_\_\_\_\_ วัน HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_  
 วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_  
 วันที่รับไว้ \_\_\_\_\_ หอผู้ป่วย \_\_\_\_\_ วันที่จำหน่าย \_\_\_\_\_ หอผู้ป่วย \_\_\_\_\_  
 LOS \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ผู้ป่วย \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้ \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ \_\_\_\_\_  
 แพทย์ - \_\_\_\_\_  
 ครัวเรือน - \_\_\_\_\_


สถานะการมา admitt \_\_\_\_\_  
 - first admitt \_\_\_\_\_  
 Principle \_\_\_\_\_

	L/071	
ไม่มีข้อมูล	จำนวนเตียง	ครั้งที่
Oper _____	ตามใน ICD9	

Post-Operation  
 Date เริ่ม วันที่หยุด Post-Operation \_\_\_\_\_ Surgeon \_\_\_\_\_

Cause of injury \_\_\_\_\_

เอกสารแนบ 2  
 ประวัติการรักษา




[http://10.20.0.171/report&program/program/dc\\_summary/html/ds\\_to\\_digicard.php?hn=37...](http://10.20.0.171/report&program/program/dc_summary/html/ds_to_digicard.php?hn=37...) 2/15/2022

MAHARAJ NAKORN CHIANGMAI HOSPITAL  
FACULTY OF MEDICINE CHIANGMAI UNIVERSITY

HN :	Barcode	วันที่ส่ง	2565	08:54
ชื่อ	เพศ	หญิง	อายุ	
ชื่อผู้ส่งจาก	ชื่อ	ประภัสสร		
ชื่อ Lab	วันที่เก็บ Spec.		เวลาที่เก็บ Spec.	น.
ชื่อผู้รายงานผล	วันที่รับ	2565	เวลาที่รับ	11:03 น.
ชื่อผู้ตรวจสอปัส	วันที่รายงานผล	2565	เวลาที่รายงานผล	17:24 น.
	วันที่ตรวจสอปัส	2565	เวลาที่ตรวจสอปัส	17:25 น.

หมายเหตุ  
 Nasopharyngeal and Throat swab  
 หมายเหตุ  
 Detected ORF1ab Gene Ct 17.879  
 Detected N Gene Ct 17.254



เอกสารแนบ 3  
ผลตรวจ

---

หมายเหตุ  
 ชื่อชุดเครื่องมือ : DAAN Gene Detection kit for Novel Corona Virus(2019-nCoV)  
 วิธีการควบคุมของชุดเครื่องมือ : เมื่อตรวจพบเห็น N และ ORF1ab ที่ค่า CT <=40 ปรากฏผลเป็น Detected  
 หมายถึงตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2  
 : กรณีที่ค่า CT>40 หรือตรวจไม่พบค่า CT ปรากฏผลเป็น Not Detected  
 หมายถึง ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2

เอกสารแนบ 4

# สำเนาบัตรประชาชน

เอกสารแนบ 5

# สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

เอกสารครบ  
ใส่ ทะกร้าสีขาวหน้าเคาน์เตอร์  
งานบริหารงานบุคคล หมายเลข 1

- หมายเหตุ
1. บริษัทประกันภัยจะแจ้งผลทาง SMS ตามเบอร์โทรศัพท์ของท่านที่ระบุไว้
  2. การดำเนินการโดยประมาณ 30 วัน นับจากบริษัทประกันได้รับเอกสาร
  3. โทรสอบถามผลการอนุมัติ ได้ที่ บริษัทเมืองไทยประกันภัย

1484