

แบบขออนุมัติผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Pre Authorized TKA Form)

ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ/ไม่ทราบสาเหตุ(Primay or Unspecified Knee OA) ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี

(อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี นับจากวันเกิด ถึง วันที่สั่งแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด)

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัส.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ [] ชาย [] หญิง

PID □□□□□□□□□□□□□□ HN..... AN.....

การวินิจฉัยโรค [] Primay Knee OA [] Unspecified Knee OA ข้อเข่าข้าง [] ซ้าย [] ขวา [] ทั้งสองข้าง

แผนการรักษา วันที่สั่งแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด.....กำหนดวันที่จะผ่าตัด.....

เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา (ส่งเป็น electronic file)

[] ภาพถ่าย x-rays antero-posterior view ณ วันที่วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัด

[] สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

๑. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (indication) ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี	มี	ไม่มี
๑.๑ มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartamental knee osteoarthritis)	[]	[]
๑.๒ ภาพรังสีด้านหน้า-หลังที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนักแสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from tanding weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)	[]	[]
๑.๓ ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (failure of conservative treatment)	[]	[]
๒. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (indication) ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุเท่ากับ ๕๕ ปี	มี	ไม่มี
๒.๑ มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartamental knee osteoarthritis)	[]	[]
๒.๒ ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than 50% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือ ภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren -Lawrence stage III or IV)	[]	[]
๒.๓ ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment)	[]	[]

ลงชื่อแพทย์ที่รักษา..... ผู้ขออนุมัติ

()

ตำแหน่ง.....

วันเดือน/ปี ที่ขออนุมัติ.....

ผลการพิจารณา Pre Authorized

[] อนุมัติ

[] ไม่อนุมัติ เหตุผล.....

ข้อสังเกตอื่นๆ.....

.....

ลงชื่อผู้อนุมัติ..... ประธานคณะทำงานพิจารณาระดับเขตหรือผู้แทน วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ.....

หมายเหตุ : โปรดเก็บแบบฟอร์มผลการพิจารณา Pre-Authorized ในเวชระเบียนของผู้ป่วย