

**ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ**

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย) .....

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

**1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก .....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ .....

**2. กรณีการเจ็บป่วย**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก .....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย .....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษากจากท่าน .....

**3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓)**

- ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- ☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- ☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

- ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

(ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

- ☐ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

**○ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)**

หมายความว่า ความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเป็นผลมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาทเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมง รวมถึงหลอดเลือดสมองแขนงใหญ่แตก (Major Complex Stroke) การอุดตันแบบสมบูรณ์ของหลอดเลือดในสมองและภาวะเนื้อสมองตาย

**○ ภาวะโคม่า (Coma)**

หมายความว่า การสลบหรือหมดความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 2) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพโดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
- 3) สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆ ได้อย่างถาวร
- 4) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายหลัง 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

**○ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)**

หมายความว่า การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายได้อย่างถาวร หรือต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง

**○ ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)**

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

**○ อื่น ๆ โปรดระบุ .....**

**4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่**

( ) ไม่ได้ตรวจ ( ) ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น .....

ลงชื่อแพทย์.....

( )

หมายเลขใบอนุญาต ..... ผู้ตรวจ/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปี ที่ให้ความเห็น .....