**โปรดตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนส่งคำร้อง**

 🞎 ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ที่หน่วยงานต้นสังกัดออกให้

 🞎 ๒. สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

 🞎 ๓. รูปถ่ายที่สามารถเห็นบาดแผล/ ความเสียหาย หลังเกิดเหตุชัดเจน (ถ้ามี)

 🞎 ๔. ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ

 (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

 ๕. กรณีผู้ให้บริการได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ ต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ดังนี้

 🞎 ๕.๑ แบบสรุปคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ (กรณีได้รับเชื้อ

 วัณโรคจากผู้รับบริการ)

 🞎 ๕.๒ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี, การรักษาโรคประจำตัว และ/หรือการ

 รักษาพยาบาล ระยะก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี

 🞎 ๕.๓ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษา วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

 🞎 ๕.๔ ประวัติการตรวจรักษา การรักษาอาการข้างเคียง ระหว่างได้รับยาต้านวัณโรค

 🞎 ๕.๕ ประวัติการตรวจติดตามผลการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค

 🞎 ๕.๖ ใบรับรองแพทย์

 🞎 ๕.๗ CD บันทึกภาพฟิล์มเอกซเรย์ปอด พร้อมผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ ๔ ระยะ ได้แก่

 ๑. ก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี

 ๒. วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

 ๓. ระหว่างตรวจติดตามผลการรักษา ด้วยยาต้านวัณโรคตามแผนการักษาของแพทย์

 ๔. เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคตามแผนการักษาของแพทย์

🞎 ๖. เอกสารอื่นๆ (ระบุ) ...................................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………………………

ลงชื่อ ………………………………….........…. ผู้ยื่นคำร้อง ลงชื่อ ………………………………….........…. ผู้ตรวจสอบ

 (............…………………………..….…) (............…………………………..….…)