**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

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