



ใบสมัครเข้าค่ายเบาหวานศิริราชครั้งที่ 16
(สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ปกครอง)
วันที่ 1-5 เมษายน 2562
ณ เขื่อนศรีนครินทร์ อ.ศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี

คุณสมบัติผู้เข้าค่าย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และไม่เคยมีประสบการณ์เข้าค่ายเบาหวาน หรือเคยผ่านการเข้าค่ายเบาหวานแต่ต้องการเพิ่มพูนทักษะในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งต้องมาพร้อมผู้ปกครอง 1-2 ท่าน กรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ที่เคยเข้าค่ายเบาหวานแล้ว ไม่จำเป็นต้องมีผู้ปกครองมาด้วยได้ แต่ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพมากับผู้เข้าค่ายอย่างน้อย 1 ท่าน
2. ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มาเข้าค่ายในครั้งนี้ สามารถเข้าร่วมได้ 1-2 ท่านต่อครอบครัว (และต้องร่วมหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองที่มาเข้าค่าย)

ค่าใช้จ่ายในการเข้าค่ายรวมค่าที่พัก 4 คืน 5 วัน (พัก 2-3 คน ต่อห้อง) ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และประกันอุบัติเหตุ ในอัตรา ดังต่อไปนี้

เด็กเข้าค่าย	1 คน	4,500 บาท
เด็ก + พ่อหรือแม่	2 คน	7,500 บาท
เด็ก + พ่อและแม่	3 คน	9,000 บาท

สนใจสมัครเข้าค่าย โดยกรอกใบสมัครให้ครบถ้วน และติดต่อมาที่ นายไชยพร พลมณี หรือนางสาวต้องฤทัย จรดล
ที่ศูนย์เบาหวานศิริราช หอพักพยาบาล 1 ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์ 0 2419 9568 โทรสาร 0 2419 9569 E-mail: sidmcenter@gmail.com

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 8 มีนาคม 2562 เท่านั้น ทั้งนี้อาจปิดรับสมัครก่อนเมื่อมีผู้สมัครครบตามจำนวน.

(สนใจสมัครด่วน รับจำนวนจำกัด)

- หมายเหตุ :**
1. กรณีที่ผู้สมัครเข้าค่ายเบาหวานศิริราช มีคุณสมบัตินอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ให้การตัดสินใจของคณะกรรมการจัดค่ายถือเป็นข้อยุติและจะแจ้งผลการรับสมัครภายในวันที่ 8 มีนาคม 2562
 2. การชำระค่าใช้จ่ายเมื่อได้รับการตอบรับการเข้าค่ายแล้วต้องชำระเงินก่อนวันที่ 22 มีนาคม 2562
 3. มีการอบรมเตรียมความพร้อมก่อนวันเดินทางไปเข้าค่าย (Pre-camp) ซึ่งผู้เข้าค่ายเบาหวานต้องเข้าร่วมกิจกรรมในวันอบรมเตรียมความพร้อมในช่วงเดือนมีนาคม โดยจะแจ้งวัน เวลา สถานที่ ให้ทราบอีกครั้ง



หมายเลข _____
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ใบสมัครเข้าค่ายเบาหวานศิริราชครั้งที่ 16
วันที่ 1-5 เมษายน 2562
ณ เขื่อนศรีนครินทร์ อ.ศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี

ศิริรูป
ขนาด 1-2 นิ้ว
(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

ผู้สมัครเข้าค่ายที่เป็นเบาหวาน

ชื่อ-นามสกุล _____ (ชื่อเล่น) _____ อายุ _____ ปี เพศ _____

วัน/เดือน/ปี เกิด _____ ศาสนา _____ ปัจจุบันศึกษาระดับ _____

โรงเรียน _____ ความสามารถพิเศษ _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก _____

โทรศัพท์ _____ E-mail: _____

ผู้รับผลประโยชน์การประกันอุบัติเหตุ ชื่อ-นามสกุล _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

การเข้าค่ายเบาหวานศิริราชในอดีต ไม่เคย เคย จำนวน _____ ครั้งเมื่อ _____

ต้องการเข้าค่ายเพราะ _____

บิดาชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ เบอร์ติดต่อ _____

มารดาชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ เบอร์ติดต่อ _____

ข้อมูลผู้ปกครองร่วมการเข้าค่าย

1. ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี เกี่ยวข้องเป็น _____

โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ E-mail: _____

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ในการประกันอุบัติเหตุ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

2. ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี เกี่ยวข้องเป็น _____

โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ E-mail: _____

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ในการประกันอุบัติเหตุ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

3. ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี เกี่ยวข้องเป็น _____

โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ E-mail: _____

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ในการประกันอุบัติเหตุ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

รายละเอียดของผู้เข้าค่าย (ผู้ปกครองช่วยกรอก ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานไม่ทราบรายละเอียด)

- เคยมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่เคย เคย ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์
 - มีเครื่องตรวจน้ำตาลที่บ้าน ไม่มี มี (ยี่ห้อ _____) กรณีมีเครื่องต้องนำไปในการเข้าค่ายด้วย *****
 - เคยตรวจเลือดด้วยตนเองที่บ้าน ไม่เคย เคย (ตรวจ _____ ครั้ง/วัน)
 - ภายในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาเคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล ไม่เคย เคยระบุ ร.พ. _____
- สาเหตุ เกี่ยวข้องกับเบาหวานระบุ _____ อื่นๆระบุ _____

ศิริรูป
ขนาด 1-2 นิ้ว
(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

ศิริรูป
ขนาด 1-2 นิ้ว
(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

ศิริรูป
ขนาด 1-2 นิ้ว
(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

คำรับรองผู้ปกครองข้าพเจ้า _____ เกี่ยวข้องเป็น _____ ยินดีอนุญาตให้ _____

เข้าค่ายเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นครั้งที่ 16 และอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อนำไปวิเคราะห์สำหรับประเมินผลการจัดค่ายเบาหวาน

ลงชื่อ _____ วันที่ _____ / _____ / _____



สำหรับแพทย์เจ้าของไข้บันทึกข้อมูล

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าค่าย _____ เพศ _____ อายุ _____ ปี
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 1 ชนิดที่ 2 อื่นๆ ระบุ _____ เมื่อพ.ศ. _____
อายุขณะนั้น _____ ปี ปัจจุบันน้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม. BP _____ mmHg.

ผลเลือดและปัสสาวะล่าสุดย้อนหลังภายใน 6 เดือน (เท่าที่มี)

FBS วันที่ _____ เท่ากับ _____ mg/dl HbA_{1c} วันที่ _____ เท่ากับ _____ %

Creatinine วันที่ _____ เท่ากับ _____ mg/dl

Lipid profile วันที่ _____ Total cholesterol _____ mg/dl Triglyceride _____ mg/dl

HDL-C _____ mg/dl LDL-C _____ mg/dl

CBC วันที่ _____ Hb _____ g/dl Hct _____ % WBC _____ /mm³ platelet _____ /mm³

ผลการตรวจ Urine protein _____ ผลการตรวจ Urine microalbumin /Urine Cr _____

ผลการตรวจร่างกายอื่นๆ

ตรวจจอประสาทตาครั้งสุดท้ายวันที่ _____ ผลการตรวจ _____

Chest X-ray (จำเป็น และต้องได้รับการตรวจภายใน 1 ปี) วันที่ _____ ผล _____

เคยได้รับวัคซีนสูกใสหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุวัน/เดือน/ปี _____

การรักษาในปัจจุบัน ชนิดและขนาดยาฉีดอินซูลิน

ก่อนอาหารเช้า _____

ก่อนอาหารกลางวัน _____

ก่อนอาหารเย็น _____

ก่อนนอน _____

Insulin : CHO ratio _____

Correction factor _____

กรณีใช้อินซูลินปั๊ม : Basal rate _____

Prandial rate _____

Insulin : CHO ratio _____ Correction factor _____

จำนวนคาร์โบไฮเดรตต่อมื้อต่อวัน _____

โรคประจำตัวอื่น 1) _____ ยาที่ใช้ _____

2) _____ ยาที่ใช้ _____

3) _____ ยาที่ใช้ _____

ปัญหาในการดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวานรายนี้ คือ _____

ข้าพเจ้า(นพ./พญ.) _____ ประจำโรงพยาบาล _____ เบอร์ติดต่อ _____

ลงชื่อ _____ (แพทย์ผู้ให้ข้อมูล)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สำหรับกรรมการพิจารณาใบสมัคร

คณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลผู้เข้าค่ายมีความเห็น อนุญาต ไม่อนุญาต

ลงชื่อ _____ วันที่ ____/____/____