



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอุ้มฝัน...ปันรัก

สำหรับเจ้าหน้าที่ เอกสารของผู้สมัคร <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ..... Note.....	เลขที่ใบสมัคร..... วันที่รับสมัคร <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ผู้ที่รับใบสมัคร.....
ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว ฝ่ายหญิง ชื่อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี. สัญชาติ..... ศาสนา..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้รวม/เดือน.....บาท สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... E-mail..... ฝ่ายชาย ชื่อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี. สัญชาติ..... ศาสนา..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้รวม/เดือน.....บาท สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... E-mail.....	
ส่วนที่ 2 ประวัติทางสุขภาพ ฝ่ายหญิง น้ำหนัก.....ส่วนสูง..... วันแรกของรอบเดือนครั้งสุดท้าย...../...../.....x.....วัน รอบเดือนครั้งก่อน...../...../.....x..... มีลักษณะรอบเดือน <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ แต่งงานมาแล้ว.....ปี มีเพศสัมพันธ์.....ครั้ง/สัปดาห์ มีการคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โดยวิธี..... ระยะเวลาที่ใช้ในการคุมกำเนิด.....เดือน/ปี เคยมีบุตรมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคยมีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตรแล้ว จำนวน.....คน บุตรคนสุดท้ายอายุ.....ปี.....เดือน เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยรักษา ครั้งที่ 1 ที่.....เมื่อ..... ด้วยวิธีการ.....ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน..... ครั้งที่ 2 ที่.....เมื่อ..... ด้วยวิธีการ.....ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน..... ครั้งที่ 3 ที่.....เมื่อ..... ด้วยวิธีการ.....ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน..... เคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรงระบุ ครั้งที่ 1 ที่.....ปี พ.ศ..... รายละเอียดการผ่าตัด..... ครั้งที่ 2 ที่.....ปี พ.ศ..... รายละเอียดการผ่าตัด.....	

ครั้งที่ 3 ที่.....ปี พ.ศ.....

รายละเอียดการผ่าตัด.....

มีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

ท่านได้ทราบข่าวโครงการนี้จากช่องทางใด

เว็บไซต์มหาวิทยาลัยนเรศวร เว็บไซต์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ป้ายประชาสัมพันธ์

แผ่นพับ/วารสารประชาสัมพันธ์ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ฝ่ายชาย

เคยตรวจน้ำเชื้อสุมิมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย

ถ้าเคยตรวจผลการตรวจ ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

เคยมีบุตรมาก่อนหรือไม่ ไม่มีบุตร มีบุตรแล้ว จำนวน.....คน

มีบุตรคนสุดท้ายมาแล้วเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคยระบุ.....

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ไม่เคย

เคย โปรดระบุ ครั้งที่ 1 ที่.....ปี พ.ศ.....

รายละเอียดการผ่าตัด.....

ครั้งที่ 2 ที่.....ปี พ.ศ.....

รายละเอียดการผ่าตัด.....

ครั้งที่ 3 ที่.....ปี พ.ศ.....

รายละเอียดการผ่าตัด.....

มีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และหากเกิดพบว่ามีข้อมูลใดที่ไม่เป็นความจริงทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการการเข้าร่วมโครงการทั้งหมดทันที

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ

เอกสารประกอบการสมัคร

- | | |
|---|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร (รับรองสำเนาถูกต้อง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประชาชนของคู่สมรส (รับรองสำเนาถูกต้อง) | จำนวน 1 ฉบับ |

การยื่นใบสมัคร

1. ติดต่อยื่นเอกสารด้วยตนเองที่

คุณสุวรรธนา แยมโตนด (นักวิทยาศาสตร์)
หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (ศูนย์ผู้มีบุตรยาก)
ห้องคลอดชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบ พระชนมพรรษา 1
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ส่งเอกสารใบสมัครทางไปรษณีย์มาที่

คุณสุวรรธนา แยมโตนด (นักวิทยาศาสตร์)
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99/9 หมู่ 9 ถนนพิษณุโลก-นครสวรรค์ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
(โดยจะยึดวันประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก)

หมายเหตุ ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการตัดสินใจคัดเลือกผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ

ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2558

www.mednu.ac.th

โทรศัพท์ 05-596-5653

คุณสมบัติผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ

1. ฝ่ายหญิงต้องมีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
2. มีข้อบ่งชี้ในการทำเด็กหลอดแก้ว
3. เป็นการกระตุ้นไข่ในการทำเด็กหลอดแก้วครั้งแรกไม่เคยได้รับการกระตุ้นที่ใดมาก่อน
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อบ่งห้ามในการกระตุ้นไข่หรือตั้งครรรภ์
5. ถ้าฝ่ายชายเคยได้รับการตรวจอสุจิผลการตรวจต้องมีค่าปกติ ถ้าไม่เคยตรวจมาก่อน ต้องมาตรวจก่อนเริ่มการรักษา และต้องมีผลการตรวจอสุจิปกติ
6. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดรังไข่มาก่อน
7. รั้บคู่สมรสที่ผ่านเข้าร่วมตลอดโครงการจำนวน 5 คู่ โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติจากจำนวนผู้สมัครทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการยกเว้น

1. ค่าตรวจน้ำเชื้ออสุจิ (Semen Analysis)
2. ค่าเก็บไข่ (Oocyte Retrieval)
3. ค่าใส่ตัวอ่อน (Transfer Embryo)
4. ค่าเตรียมน้ำเชื้ออสุจิ (Sperm Preparation)
5. ค่าทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization)
6. ค่าแช่แข็งตัวอ่อน (Freeze Sperm)
7. ค่าตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)
8. ค่าวิสัญญีแพทย์

หมายเหตุ ค่าตรวจสุขภาพและค่ายาใช้ในการกระตุ้นไข่และเตรียมเยื่อโพรงมดลูก ผู้สมัครจ่ายเองตามใช้จริง