

บทความพิเศษ

ผู้บริจาคโลหิตที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low-Risk Blood Donors)

องอาจ วิฑูรศรี

ที่ปรึกษาศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย,
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องจากการระบาดไปทั่วโลกของโรคเอดส์ ในทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนามาตรการต่างๆ ในการจัดหาโลหิตให้ปลอดภัย ที่ปราศจากการติดเชื้อทุกหน่วยโลหิตในทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายของงานบริการโลหิตที่มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้ ทุกประเทศควรมีโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิตดังต่อไปนี้

1. ปลอดภัยที่สุด (Safe as possible)
2. เพียงพอ (Adequacy)
3. ต้นทุนเหมาะสม (Reasonable cost)

เป้าหมายเหล่านี้จะบรรลุได้จะต้องมีแผนการ พัฒนาการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัยทั้งในระยะยาวและระยะสั้น โดยเฉพาะควรเร่งรัดด้วยกลยุทธ์ที่สามารถลดความเสี่ยงให้มากที่สุดจากการติดเชื้อโรคเอดส์จากการถ่ายโลหิต โลหิตที่มีคุณภาพและปลอดภัยจะต้องได้มาจากผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัย (Safe donors) และต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

Global Strategies on Safe Donors

มีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการเร่งรัด เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคเอดส์ในการรับถ่ายโลหิต ซึ่งได้จากการประชุมขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสภากาชาดโลก เรื่องการริเริ่มเพื่อความปลอดภัยของโลหิตทั่วโลก (Global Blood

Safety Initiative: Consensus statement on accelerated strategies to reduce the risk of transmission of HIV by blood transfusion)² มีแผนกลวิธีเกี่ยวกับการจัดหาผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัย (accelerated plan to recruit safe donors) ซึ่งน่าจะนำมาพิจารณาเร่งรัดดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการบริจาคโลหิตไม่หวังสิ่งตอบแทน และจัดตั้งกลุ่มผู้บริจาคโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (Regular donors)
2. สร้างแรงจูงใจและสรรหาผู้บริจาคโลหิตจากกลุ่มชนที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อต่ำ (Low-risk community groups) และกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพเพื่อรองรับผู้บริจาคโลหิตที่ไม่ครบเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ
3. สร้างกลไกการงดการบริจาคโลหิตด้วยตนเอง (self-exclusion/self deferral) อย่างมีประสิทธิภาพและจัดระบบการให้คำปรึกษาเฉพาะทั้งก่อนและหลังการตรวจกรองเชื้อโดยเฉพาะเกี่ยวกับเชื้อ HIV
4. จัดให้มีการฝึกอบรมแก่ผู้จัดหาและผู้ประสานงานการจัดหาโลหิตอย่างถูกต้องและเหมาะสม
5. จัดทำเอกสารและสื่อที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น โดยมุ่งให้เกิดการตอบสนองต่อคำถามคัดกรองตามความเป็นจริง

● ได้รับต้นฉบับเมื่อ 29 เมษายน 2540 พิจารณาให้ลงตีพิมพ์เมื่อ 1 กรกฎาคม 2540

● สำเนาต้นฉบับติดต่อยังได้จาก นพ.องอาจ วิฑูรศรี ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. เชื่อมโยงการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และความปลอดภัยในการบริจาค และรับถ่ายโลหิต

7. ประสานแผนงานเข้ากับแผนงานป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ โดยเชื่อมระบบส่งต่อผู้มา บริจาคโลหิต เพราะต้องการตรวจเชื้อ และการดูแลให้ คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ตรวจพบเชื้อตามความ เป็นจริง

National Policy on Safe Donor Recruitment and Blood Collection

การสรรหาโลหิตที่ปลอดภัยที่สุด คุณภาพ ของโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต และความปลอดภัย ของผู้รับถ่ายโลหิต ได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายสูงสุด ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ตลอด มา^{4,5,6,7} และจากนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงาน บริการโลหิต พ.ศ.2538 (ฉบับปรับปรุง) ได้มีการกำหนด นโยบายเรื่อง “การจัดหาผู้บริจาคโลหิตและการเจาะ เก็บโลหิต” (Policy on donor recruitment and blood collection) ไว้อย่างชัดเจนว่า

1. โโลหิตทุกหน่วยต้องได้จาก “การบริจาค” (Voluntary non-remunerated blood donation)

2. ให้มี “มาตรฐานการคัดเลือกผู้บริจาคและ การเจาะเก็บ”

3. ทุกจังหวัดควรจัดหาโลหิตให้ “เพียงพอ” โดยมีสาขาบริการโลหิตแห่งชาติเป็นแกนกลาง

สำหรับกลวิธีนั้น ในทุกจังหวัดควรกำหนด ให้มีคณะอำนวยการจัดหาและส่งเสริมผู้บริจาคโลหิต โดยมีนายกเหล่ากาชาดเป็นประธานฯ มีผู้ว่าเป็นที่ บริक्षा มีคณะอนุกรรมการดำเนินการประชาสัมพันธ์ และคณะอนุกรรมการเจาะเก็บโลหิต โดยมีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นประธานและหัวหน้า ธารณาการโลหิตเป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการโรง พยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดและหัวหน้าธารณาการโลหิต เป็นกรรมการ

Who are Safe Donors or Low-Risk Donors?

ผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัย คือผู้บริจาคโลหิต ที่มีสุขภาพ ดีและไม่มีการติดเชื้อที่แฝงเร้นอยู่ ข้อมูล ระบาดวิทยาของโรคที่สามารถติดต่อทางการรับถ่าย โลหิต จึงมีความสำคัญในการบ่งชี้ว่า ใครเป็นกลุ่ม เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงหรือต่ำ และมีแนวโน้มเปลี่ยน แปลงไปอย่างไร ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้จากสถิติข้อมูล การเฝ้าระวังโรค ข้อมูลการสำรวจกลุ่มเสี่ยงและข้อมูล การตรวจคัดกรองโรคและโลหิต แม้ว่าการตรวจคัด กรองเชื้อได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก วิธีการ ตรวจที่ดีที่สุดก็ยังไม่สามารถทำการคัดกรองโรคที่อาจ ติดเชื้อในโลหิตได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นการเจาะเก็บ โลหิตจากผู้บริจาคที่มีสุขภาพดีและไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง สูงต่อการติดเชื้อที่อาจถ่ายทอดทางโลหิต จึงนับเป็น มาตรการ ในขั้นตอนแรกที่สำคัญมากประการหนึ่ง

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าการติด เชื้อจากการถ่ายโลหิต แม้ว่าจะมีการตรวจกรอง อย่างดีแล้วก็ยังสามารถติดเชื้อ HIV-1 ได้ประมาณ 1: 225,000, HBV 1: 200,000, HCV 1: 3,300 และ HTLV-I/II 1:50,000 ผลจากการถ่ายโลหิตที่มีเชื้อ HIV อัตราตายสูงถึง 100% , HBV 0.1%¹⁰, HCV 1.5%¹¹ และ HTLA-I/II (combined) 1% ซึ่งสหรัฐมีการใช้โลหิต ประมาณ 20 ล้านของผลิตภัณฑ์โลหิต จึงคาดว่าอาจ มีการตายที่เกี่ยวข้องกับการใช้โลหิตสูงถึง 185 ราย นอกจากนั้น ในปี พ.ศ.2533-2534 มีรายงานการตาย จาก bacterial sepsis ปีละ 6 ราย ซึ่งเชื้ออยู่ใน platelet products¹² และติดเชื้อแต่ไม่ตายอีกราว 1:1700 ของ pooled platelet concentrate¹³

สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2534-2539 มีรายงานของกองระบาดวิทยาผู้ติดเชื้อหรือตายจาก โรคเอดส์จากการรับถ่ายโลหิตทั่วประเทศ 44 ราย¹⁴ ในขณะที่มีการใช้โลหิตทั้งสิ้นประมาณ 5,680,566 หน่วยโลหิต¹⁵ อัตราการติดเชื้อเอดส์จากการรับถ่าย โลหิตทั่วประเทศ จึงอาจคำนวณได้ว่ามีประมาณ

1:129,104 จากตัวอย่างของการติดเชื้อโรคเอดส์ในผู้ที่ได้รับถ่ายโลหิตทั้งในสหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า การสรรหาผู้บริจาคโลหิตจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่ำ ยังมีความจำเป็นเพราะมาตรการการคัดกรองจากการตรวจเลือดไม่สมบูรณ์เพียงพอ การวิเคราะห์หิววิจัยเพื่อค้นหากลุ่มปลอดภัยจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงกลุ่มเสี่ยงให้มากที่สุดจึงจะทำให้ได้โลหิตที่ปลอดภัยมากขึ้น องค์การอนามัยโลก¹⁶ ได้เสนอองค์ประกอบและกลไกที่สำคัญในการแสวงหากลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีความเสี่ยงต่ำ (identifying low-risk blood donors) ไว้เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเภทของผู้บริจาคโลหิต (types of blood donor) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ผู้บริจาคที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน (voluntary nonremunerated or unpaid donors) ผู้บริจาคทดแทน (replacement donors) ได้แก่ญาติหรือมิตรสหาย ส่วนผู้บริจาคที่ขายโลหิต (paid or professional donors) พวกนี้จะมีความเสี่ยงสูงมาก การศึกษาในสหรัฐอเมริกา¹⁷ พบว่า 88.1% (N=2,921) ของพวกนิคิตยาเสพติดจะขายโลหิตยังชีพและมีถึง 24.1% มีเชื้อ HIV;การศึกษาในบราซิล¹⁷ พบว่า 70% ของขอทานคือผู้ขายโลหิตสม่ำเสมอ และ 22.8% พบ hepatitis, 12.9% พบ syphilis, 7% พบ HIV; ส่วนในอินเดีย¹⁷ การซื้อขายโลหิตสูงถึง 50% ผลสำรวจปี 1991 พบผู้บริจาคติดเชื้อ HIV สูงถึง 17% โดยเฉพาะเมืองมหาราษตรพบ HIV ถึง 27.3% ของผู้บริจาคโลหิต ในประเทศไทย¹⁷ ปี พ.ศ. 2538 ยังพบว่าการซื้อขายโลหิตอยู่ใน 30 จังหวัด (Range 3.2-18.8%) สรุปโลหิตทุกหน่วยต้องได้จากการบริจาคจึงปลอดภัยที่สุด

2. หลีกเลี่ยงกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือผู้บริจาคที่มีสภาวะไม่สมบูรณ์ (avoid risk behavior or unsuitable donors) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ รัฐวิสาหกิจ บริษัทและผู้ใช้แรงงาน พระภิกษุสามเณร อย่างไรก็ตามควรมีการวิจัยกลุ่มเป้าหมาย

ตามลักษณะประชากรศาสตร์หรือภูมิภาคไปด้วย เช่น การศึกษาอัตราติดเชื้อจาก HIV, HBV, HCV, VDRL ในกลุ่มเฉพาะผู้บริจาคโลหิตในกรุงเทพฯ ระหว่าง ต.ค.-ธ.ค. 2539 (3 เดือน) จะพบว่ามียัตราการติดเชื้อดังต่อไปนี้

HIV: นักเรียน 0.10%, ข้าราชการ 0.26%, พระ 0.28%, ทัวไป 0.27% รวม =0.26%

HBV: นักเรียน 1.80%, ข้าราชการ 0.92%, พระ 1.86%, ทัวไป 1.07% รวม =1.45%

HCV: นักเรียน 0.30%, ข้าราชการ 0.58%, พระ 0.83%, ทัวไป 0.27% รวม =0.48%

VDRL: นักเรียน 0.01%, ข้าราชการ 0.03%, พระ 0.07%, ทัวไป 0.09% รวม =0.06%

Total: นักเรียน 22.98%, ข้าราชการ 18.30%, พระ 30.37%, ทัวไป 19.03% รวม = 22.95%

การจำแนกอัตราการติดเชื้อแยกตามกลุ่มอายุจะพบว่าโดยรวมน้อยลงเมื่ออายุสูงขึ้น พิจารณาเฉพาะเชื้อเอดส์กลุ่มอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปปลอดภัยกว่ากลุ่มอื่นๆ ตามด้วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 21 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 21-30 ปีมีอัตราติดเชื้อ HIV สูงที่สุด

จำแนกอัตราการติดเชื้อตามกลุ่มอาชีพ จะพบว่ากลุ่มนักเรียนสูงเป็นอันดับสองรองจากพระ แต่ทว่าเมื่อดูอัตราการติดเชื้อเอดส์จะพบว่านักเรียนติดเชื้อต่ำที่สุด แต่อัตราการติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบบีมีสูงมาก เป็นผลทำให้อัตราการติดเชื้อรวมเป็นอันดับสอง ดังนั้นหากพิจารณาความรุนแรงของโรคจะมีน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ถ้าพิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละโรคโดยละเอียดต่อไป

จำแนกอัตราการติดเชื้อตามกลุ่มเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราติดเชื้อเอดส์สูงกว่าหญิงถึง 2.75 เท่า (ชาย 0.33% หญิง 0.12%)

นอกจากการพิจารณาหลีกเลี่ยงกลุ่มผู้มีอัตราการติดเชื้อสูงแล้ว ยังต้องหลีกเลี่ยงการรับผู้บริจาคที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้ออีกด้วย ซึ่งได้แก่เป็นผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่ของตนหรือกับหญิงบริการโดยไม่ได้ป้องกันด้วยถุงยางอนามัย ใน

ระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน เคยเป็นผู้เสพยาเสพติด โดยใช้เข็มฉีดยา เคยมีอาชีพบริการทางเพศ รู้ตัวหรือไม่แน่ใจว่าติดโรคเอดส์

สรุปกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ต่ำได้แก่ กลุ่มนักเรียน กลุ่มอายุสูงกว่า 40 ปี กลุ่มผู้หญิงและ ผู้ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นต้น

3. การสงวนผู้บริจาคสม่ำเสมอหรือผู้บริจาคซ้ำ (regular donors retention) องค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า regular donor หรือผู้บริจาคสม่ำเสมอ หมายถึงผู้บริจาคที่เคยบริจาคอย่างน้อยสามครั้งและยังคงบริจาคอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละครั้ง ผู้บริจาคกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ถือว่าปลอดภัยมากเมื่อเทียบกับผู้บริจาคใหม่ จะมีอัตราการติดเชื้อเอดส์น้อยกว่าผู้บริจาคใหม่ถึง 5-10 เท่า ดังนั้น หนทางใดที่สามารถทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนในกลุ่มนี้ได้ก็สมควรกระทำ ปัจจุบันกลยุทธ์การตลาดในภาคเอกชนจะทุ่มเทความสนใจในการสงวนลูกค้าเก่าให้มากที่สุด เพราะประหยัดและยังอาจชักชวนลูกค้าใหม่มาเพิ่มอีกด้วย สำหรับผู้บริจาคโลหิตก็ยังเป็นผู้มีโลหิตที่ปลอดภัยที่สุดด้วย

4. การส่งเสริมให้ผู้บริจาคพิจารณาและตัดสินใจบริจาคด้วยตนเอง (donor self-exclusion) การเตรียมคำถาม ด้วยการอธิบายชี้แจง หรือการใช้สื่อต่างๆ เพื่อบรรเทาในการพิจารณาตนเองว่าอยู่ในสภาวะที่สมควรบริจาคหรือไม่ มีความสำคัญมาก เพราะเป็นขั้นตอนที่ให้ความรู้ที่เชื่อมระหว่าง การติดเชื้อ และการบริจาคโลหิต ตลอดจนการตั้งใจและให้คำปรึกษาไปด้วยกันซึ่งต้องใช้ความสามารถในการให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการ กระบวนการนี้เรียกว่า pre-donation counselling หลักการให้ผู้บริจาคตัดสินใจเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงและป้องกันการผิดพลาดเสียใจและสูญเสียผู้บริจาคไปโดยไม่สมควร

กล่าวโดยสรุป การแสวงหาผู้บริจาคโลหิตเป็นบทบาทที่ทุกคนมีส่วนร่วมได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยทั้งระบบข้อมูล การสังเกต การวิเคราะห์วิจัยที่ต่อเนื่อง

ตลอดจนความเป็นนักการตลาด มนุษย์สัมพันธ์และความสามารถในการให้คำปรึกษา

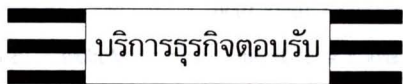
เอกสารอ้างอิง

1. Gibbs WN, Britten AFH,ed. Guideline for the organization of a blood transfusion service. Geneva: World Health Organization, 1992:2.
2. Global Blood Safety Initiative : Consensus statement on accelerated strategies to reduce the risk of transmission of HIV by blood transfusion, Geneva: World Health Organization, WHO/GPA/INF/89, 20-22 March 1989:2.
3. ชัยเวช นุชประยูร. การเพิ่มมาตรการเพื่อให้โลหิตปลอดภัยมากที่สุด. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2534;1(1):409-10.
4. ชัยเวช นุชประยูร. Quality Assurance Program. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2536; 3(2):101-4.
5. ชัยเวช นุชประยูร. การถ่ายโลหิตอย่างปลอดภัย. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2536;3(2):139-52.
6. Nuchprayoon C. Safety of the Blood Supply in Thailand. JAMA 1996;12(4):5-6.
7. ชัยเวช นุชประยูร. National Blood Centre, TRCS Towards the Year 2,000 ใน : พิมพ์ เชี่ยวศิลป์, บรรณาธิการ. คำบรรยายการประชุมทางวิชาการ ของ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เล่มที่ 26. กรุงเทพฯ:ธรรมสาร, 2540;87-109.
8. สาธารณสุข, กระทรวง. นโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลหิต : National Policy on Blood Program พ.ศ.2538. นนทบุรี :โรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ.2538.
9. Dodd RY. The risk of transfusion-transmitted infection. N Engl J Med 1992;327:419-20.
10. Esteban JI, Camps J, Genesca J, Alter HJ. Hepatitis C and B:New developments. In: Nance SJ,

- ed. Blood Safety:Current challenges. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 1992; 45-96.
11. Alter HJ. You'll wonder where the yellow went:A 15-year retrospective of posttransfusion hepatitis. In:Moore SB,ed. Transfusion-transmitted viral diseases. Arlington, VA:American Association of Blood Bank;1987:53-86.
12. Regulatory Affairs column. Fatality statistics. AABB News Briefs 1992;14(8):14.
13. Morrow JF, Braine HG, Kickler TS, et al. Septic reaction to platelet transfusions. A persistent problem. JAMA 1991;266:555-8.
14. Weekly Epidemiological Surveillance Report, Division of Epidemiology, Ministry of Public Health, 1997;27 (12x) supplement.
15. National Blood Centre, Thai Red Cross Society. Annual Report 1990-1996.
16. Safe Blood and Blood Products : Module 1. Safe Blood Donations, Geneva : World Health Organization, 1993:11-27.
17. The blood trade: At life's expense. AIDS action 1991;14 (June):4-5.
18. งามอาจ วิพุธศิริ. สรรหาโลหิตอย่างไรให้ยั่งยืน. ใน : สร้อยสอางค์ พิภูลสด, บรรณาธิการ คำบรรยายการประชุมระดับชาติ พ.ศ.2539 เรื่องการจัดหาผู้บริจาคโลหิต ครั้งที่ 4 : กลยุทธ์การจัดหาผู้บริจาคโลหิต. กรุงเทพฯ, ธรรมสาร, 2540:39-40.

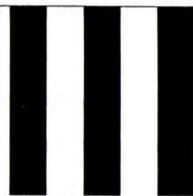


ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ: สภากาชาดไทย



บริการธุรกิจตอบรับ

ใบอนุญาตเลขที่ ปณ. (ต) /1340 ปท. รongเมือง
ถ้าฝากส่งในประเทศไม่ต้องฉีกตราไปรษณียากร



ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย
ตึกกองอาสาฬหบูชา ชั้น 2 ถ.ราชดำริ
ปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330



ใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ:

ข้าพเจ้า วัน/เดือน/ปี(เกิด) อาชีพ

ที่อยู่.....

โทร.

ขออวัยวะของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว ได้แก่ ☐ หัวใจ ☐ ตับ ☐ ปอด ☐ ไต

โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง ตามอวัยวะที่จะบริจาค ☐ อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้

เพื่อบริจาคให้แพทย์นำไปรักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะด้วยความเต็มใจ

โดยที่ข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือกับครอบครัวก่อนแสดงความจำนงในการบริจาคอวัยวะแล้ว และได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า
ภายหลังที่ข้าพเจ้าได้บริจาคอวัยวะแล้วแพทย์จะทำการตกแต่งร่างกายของผู้บริจาคให้เป็นที่น่าพอใจ โดยมิทำให้เกิด
ความล่าช้าในการประกอบพิธีทางศาสนา

ลงชื่อ ผู้บริจาค

วันที่ เดือน..... พ.ศ.