

แบบรายงานผลการดำเนินการและสรุปผลการให้มีการตั้งครรภ์แทน แบบท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(แพทย์ผู้ให้บริการ)

๑.๑ ชื่อ-สกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 อายุ ..... ปี สัญชาติ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... อาคาร .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail: .....

## ๑.๒ ที่อยู่ติดต่อได้

อยู่บ้านเลขที่ ..... อาคาร .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....

## ๒. ตามที่ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน ตามการอนุญาตเลขที่ .....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอส่งรายงานผลการดำเนินการและสรุปผลการตั้งครรภ์แทน ดังนี้

## ๒.๑ ผลการดำเนินการ

ครั้งที่ ๑ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่..... ผล  สำเร็จ  ไม่สำเร็จครั้งที่ ๒ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่..... ผล  สำเร็จ  ไม่สำเร็จครั้งที่ ๓ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่..... ผล  สำเร็จ  ไม่สำเร็จ

## ๒.๒ ผลการตั้งครรภ์แทน

 ยุติการตั้งครรภ์แทน เมื่อวันที่..... เนื่องจาก..... คลอดสมบูรณ์แล้วเสร็จ วิธีการคลอด  ผ่าคลอด  คลอดโดยธรรมชาติ

เมื่อวันที่ ..... ที่สถานพยาบาล .....

ที่อยู่สถานพยาบาล .....

๑. เพศ  ชาย  หญิง น้ำหนักแรกเกิด .....๒. เพศ  ชาย  หญิง น้ำหนักแรกเกิด .....

## ๓. สุขภาพหญิงหลังคลอด

ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ข้อสังเกตอื่นๆ .....

## ๔. สุขภาพเด็กหลังคลอด

๔.๑  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ข้อสังเกตอื่นๆ .....

๔.๒ ให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับเด็กหลังคลอด โดยมีรายละเอียด คือ ชื่อ-สกุล, เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (ถ้ามี) สัญชาติ, ภูมิลำเนา .....

## ๕. เอกสารหลักฐานสำเนาเวชระเบียนการตั้งครรภ์แทนจากแพทย์ผู้ให้บริการ

๖. เอกสารตามข้อ ๔.๒ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน  
( ..... ) (ผู้ให้บริการ)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน  
(ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์)  
( ..... )

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล  
/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
( ..... )