



ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร

เรื่อง อัตราค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์

หน่วยนิติการ คณะแพทยศาสตร์  
เลขที่รับ 0107 เวลา 08.10 น.  
วันที่ 1 ก.ค. 2559

เพื่อให้การจัดเก็บค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. ๒๕๓๓ และความในข้อ ๕ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วย การบริหารงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. ๒๕๕๔ ประกอบกับมติคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยนเรศวร ในคราวประชุม ครั้งที่ ๙/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ให้กำหนดอัตราค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ เรียกว่า “ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง อัตราค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“การตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก” หมายถึง การตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในผู้ป่วยและผู้บริจาค เพื่อประกอบการวินิจฉัยในการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก ชนิดได้รับไขกระดูกจากผู้อื่น (Allogeneic Stem Cell Transplantation)

ข้อ ๔ อัตราค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกให้เป็นไปตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ ค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกตามประกาศฉบับนี้หลังจากหักค่าใช้จ่ายให้เป็นเงินรายได้ของคณะแพทยศาสตร์

ข้อ ๖ ให้อธิการบดีเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ ในกรณีที่มีปัญหาจากการปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ ให้อธิการบดีเป็นผู้วินิจฉัยและคำวินิจฉัยนั้นให้ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(ศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ จินายน)  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวช่อมณี กิจลิจิต)

นิติกร

บัญชีแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
เรื่อง อัตราค่าบริการการตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อในการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ คณะแพทยศาสตร์  
ฉบับลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙

ลำดับที่	รายการส่งตรวจ Bone Marrow Transplantation	รหัส (กรมบัญชีกลาง)	อัตราค่าบริการ (บาทต่อครั้ง)
๑.	Bone Marrow Transplantation HLA - AB common Ag typing (HLA-B DNA typing (Low resolution))	๓๐๖๐๔	๔,๕๖๑ บาท
๒.	Bone Marrow Transplantation HLA class II DNA High Resolution (HLA typing (Sequencing))	๓๐๖๐๖	๑๖,๕๖๑ บาท

สำเนาถูกต้อง

  
(นางสาวช่อมณี กิจลิขิต)

นิติกร