

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)**กลุ่มชั้นสูตรสาธารณสุข ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง****หมู่ 4 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000****โทรศัพท์ 0 7550 1050, 0 7550 1052-3 ต่อ 122,124 โทรสาร 0 7550 1056****Submission Form for Leptospirosis Diagnosis****Public Health Laboratory, Regional Medical Sciences Center 12/1 Trang****Moo 4, Trang-Palean Rd., Ban Khuann, Muang, Trang, 92000****Tel. 667-5501050, 667-5501052-3 ext. 122, 124 Fax 667-5501056**

ชื่อ-นามสกุล (Patient name).....เพศ (Gender).....อายุ (Age).....

ที่อยู่เลขที่ (Address no.).....หมู่ที่ (Village No).....ถนน (Road).....

ตำบล (District).....อำเภอ (District)จังหวัด (Province).....

วันที่เริ่มป่วย (Date of onset)เข้ารับการรักษาวันที่ (Date of admitted)

โรงพยาบาล (Hospital)

ก่อนมีอาการ 1-30 วัน เคยใกล้ชิดกับสัตว์ (Before symptoms ever closer to the animals)

☐ สุนัข (Dog) ☐ สุกร (Hog) ☐ วัว ควาย (Cattle) ☐ อื่น ๆ (Others) ระบุ (Specify).....

ก่อนมีอาการ 1-30 วัน เคยสัมผัสกับน้ำที่อาจมีเชื้อปนเปื้อน

(Before symptoms 1-30 days may have been exposed to water contamination)

☐ น้ำท่วมขัง (Flooding) ☐ แม่น้ำลำคลอง (Watercourse) ☐ ปลักโคลน(Mud swamp)
☐ หนองบึง (Marshy) ☐ บ่อน้ำ (Pond) ☐ อื่น ๆ (Others) ระบุ (Specify).....

อาการที่ตรวจพบ (Symptoms detected)

☐ ไข้สูง (High fever) ☐ ปวดตามกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง (Aching muscles, especially calf muscles)☐ ตัวเหลือง (Jaundice) ☐ ตาแดง (Conjunctivitis) ☐ ปวดท้อง (Stomachache)☐ ปัสสาวะน้อย (Jerry minor) ☐ คอแข็ง (Wordlessly) ☐ ต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy)

วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 1 (The blood at one time).....

วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 2 (Blood on the second)

ชื่อและที่อยู่ต้องการให้ส่งผล (Name and address of the person to receive report)

ชื่อ (Name).....ที่อยู่ (Address).....