

## แบบส่งตัวอย่างตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัด (Measles)

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

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี ..... เดือน.....วัน

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปีที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปีที่รับไว้ ..... วัน/เดือน/ปีที่จำหน่าย.....

รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

เหตุผลที่ต้องการตรวจ ☐ เพื่อตรวจระดับภูมิคุ้มกัน ☐ เพื่อวินิจฉัยโรคประวัติการได้รับวัคซีน ☐ ไม่เคย ☐ เคยวัคซีนที่ได้รับ ☐ Measles vaccine เมื่อวันที่ ..... ☐ MMR เมื่อวันที่ .....อาการและการตรวจพบ ☐ ใช้เป็นมา..... วันอุณหภูมิสูงสุด ..... °C☐ ไอ ☐ เยื่อบุตาอักเสบ ☐ Koplik's spot ☐ ผื่น วันที่เริ่มมีผื่น .....อาการแทรกซ้อน ☐ ปอดบวม ☐ สมองอักเสบ ☐ อูจจาระร่วง ☐ อื่นๆ(ระบุ) .....

ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยเป็น SSPE โปรดระบุอาการ.....

## การส่งตัวอย่างตรวจ

1. เพื่อแยกเชื้อ: ☐ Heparinized blood เก็บตัวอย่างวัน/เดือน/ปี .....☐ Nasal swab/Throat swab เก็บตัวอย่างวัน/เดือน/ปี .....2. เพื่อตรวจหาแอนติบอดี: ☐ Serum

เจาะเลือดครั้งแรกวันที่ .....

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่ .....

วัน/เดือน/ปีที่ส่งตัวอย่าง...../...../.....