

แบบส่งตัวอย่างตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัดเยอรมัน (Rubella)

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.....
 ขณะนี้ตั้งครรภ์ เดือน ครรภ์ที่

☐ คนปกติต้องการทราบระดับภูมิคุ้มกันโรค☐ ผู้สัมผัสโรคไม่มีอาการป่วยแต่เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเมื่อวัน/เดือน/ปี☐ ผู้ป่วยวัน/เดือน/ปีที่เริ่มป่วย เคยสัมผัสโรคเมื่อวัน/เดือน/ปีอาการ ☐ ไข้สูง°ซ ☐ ไม่มีไข้☐ ผื่นทั่วตัว ☐ ผื่นที่บริเวณ (ระบุ)..... วันที่เริ่มมีผื่น.....ลักษณะผื่น ☐ หยาบ ☐ ละเอียดย ☐ เป็นตุ่มใส☐ ต่อมน้ำเหลืองโต☐ หลังหู ☐ หลังศีรษะ ☐ 2 ข้าง ☐ ข้างเดียว☐ อาการอื่นๆระบุ☐ ผู้ป่วยเด็กติดโรคหัดเยอรมันในครรภ์มารดา (Rubella Syndrome Baby)☐ น้ำหนักตัวน้อย ☐ หัวใจพิการ ☐ หูหนวก ☐ ตาเป็นต้อข้างเดียว ☐ ตาเป็นต้อ 2 ข้าง ☐ ตับโต☐ ม้ามโต ☐ ตัวเหลือง ☐ ผื่นที่ผิวหนัง ☐ อาการอื่นๆระบุ.....☐ มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์ เดือน

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

☐ เพื่อแยกเชื้อ : throat swab วัน/เดือน/ปีที่เก็บตัวอย่าง/...../.....☐ เพื่อตรวจหาแอนติบอดี : วัน/เดือน/ปีที่เจาะเลือดครั้งแรก/...../.....

วัน/เดือน/ปีที่เจาะเลือดครั้งที่ 2/...../.....

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