

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจยืนยันยอยาต้านไวรัสเอดส์ (NAT2-diplotype)

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถนนตรัง-ปะเหลียน ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000 โทรศัพท์ 075-501050 ต่อ 122, 124

ข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งตรวจ

ผู้ส่งตรวจ หน่วยงาน/โรงพยาบาล

โทรศัพท์ โทรสาร

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ---

H.N..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี เดือน

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด โทรศัพท์.....

ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Liver Function Test (LFT) (กรอกข้อมูลด้านล่าง หรือแนบผลการตรวจ)			การตรวจอื่นๆ
AST (SGOT) U/L	ALT (SGPT) U/L	ALP U/L	ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ☐ Positive ☐ Negative ☐ ไม่ได้ตรวจ
Total bilirubin mg/dl	Direct bilirubin mg/dl		
Total protein mg/dl	Serum Albumin mg/dl		

ประวัติเพิ่มเติมอื่นๆ (ถ้ามี)

โรคประจำตัว (ถ้ามี)

การดื่มสุรา ☐ ดื่มเป็นประจำ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่ดื่ม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การสูบบุหรี่ ☐ สูบเป็นประจำ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่สูบ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การเก็บและจัดส่งตัวอย่าง : ตัวอย่างเลือด (EDTA blood 1-3 ml)

วันที่เจาะเลือด วันที่ส่งตัวอย่าง.....

สภาพการขนส่ง ☐ อุณหภูมิห้อง ☐ น้ำแข็งวิธีการส่ง ☐ เครื่องบิน ☐ รถทัวร์ ☐ บริษัทรับขนส่ง ☐ ส่งโดยตรงที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง ☐ ไปรษณีย์ด่วน EMS

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเป็นผู้กรอกเท่านั้น

☐ รับตัวอย่าง ☐ รับตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข (ระบุ)
☐ ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน
☐ ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 0.5 มล
☐ รหัสตัวอย่างบนหลอดเลือด
และใบนำส่งไม่ตรงกัน

☐ ปฏิเสธตัวอย่าง (ระบุ)
☐ หลอดตัวอย่างแตก เสียหาย
☐ ไม่มีฉลากบ่งชี้หลอดตัวอย่าง
☐ ไม่มีสารกันเลือดแข็งหรือเลือดแข็งตัว
☐ ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin

อื่นๆ ระบุ

ผู้รับตัวอย่าง..... วันเดือนปี/...../..... เวลา