

WS 39-02-570/3

แก้ไขครั้งที่ 2

วันที่ออกเอกสาร 18 พ.ย.2568

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย/ผู้สัมผัสโรคไทรน
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง
โทรศัพท์ 075-501050, 075-501052-3 ต่อ 122,124

กรณีสอบสวนโรค เลขที่พิเศษ.....

โรงพยาบาล/หน่วยงานส่งตรวจ..... วันที่ส่งตัวอย่าง.....

ตัวอย่างส่งตรวจ

☐ ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... อาชีพ.....
วันที่เริ่มป่วย..... รักษาที่โรงพยาบาล..... วันที่รับไว้..... HN.....

ประวัติการรับวัคซีน

อาการ ระยะเวลาที่มีอาการไอ.....สัปดาห์

อาการอื่นๆ

อาการคล้ายไข้หวัด	☐ มี	☐ ไม่มี
ไอเป็นชุด (paroxysms)	☐ มี	☐ ไม่มี
มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้หลังอาการไอ (whoop after cough)	☐ มี	☐ ไม่มี
มีเลือดออกใต้เยื่อบุตาขาว (subconjunctival bleeding)	☐ มี	☐ ไม่มี
อาเจียนหลังการไอ (vomiting after cough)	☐ มี	☐ ไม่มี
ชัก (convulsion)	☐ มี	☐ ไม่มี
หายใจติดขัด (breathless spells)	☐ มี	☐ ไม่มี
หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน (cyanosis)	☐ มี	☐ ไม่มี

การรักษา - Antibiotic ☐ ใช้ ชื่อยา..... ขนาด..... วันที่ให้การรักษา.....

☐ ไม่ใช่

- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ ไม่สมัครอยู่ ☐ หาย ☐ เสียชีวิต เมื่อ.....

☐ ผู้สัมผัส ชื่อ-นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... อาชีพ.....
ชื่อผู้ป่วยที่สัมผัส ชื่อ-นามสกุล..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อไทรน (เก็บตัวอย่างใส่หลอดปราศจากเชื้อ นำส่งโดยการแช่เย็น)

☐ Nasopharyngeal aspirate (NPA) วันที่เก็บ.....
☐ Nasopharyngeal swab (NPS) วันที่เก็บ.....
☐ อื่นๆ ระบุ..... วันที่เก็บ.....

ผู้นำส่งตัวอย่าง..... โทร.....วันที่.....