

แบบส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA Test

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
โทรศัพท์ 0-7550-1050, 0-7550-1052-3 โทรสาร 0-7550-1056

หมายเลขวิเคราะห์.....

ข้อมูลหน่วยงานที่ส่งตรวจ

รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ (HCODE)..... หน่วยงานบริการสุขภาพ.....
แพทย์/ผู้ส่งตรวจ..... หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
ชื่อ-สกุล ผู้รับรองรายงานผล..... E-mail Address.....
รหัสหน่วยรวบรวมตัวอย่าง (HCODE)..... หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล..... HN..... วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.).....
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก --
ที่อยู่.....
สิทธิการรักษา ☐ เบิกต้นสังกัด ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม เลขที่..... อื่นๆ.....

ข้อมูลทางคลินิก

Para (จำนวนที่ครั้งการตั้งครรภ์)..... Last (อายุคนสุดท้าย) ปี
ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP).....
ชนิดสิ่งส่งตรวจ ☐ Vagina ☐ Cervical ☐ Endocervical ☐ อื่นๆ
ประวัติการรักษา ☐ ไม่เคย ☐ Surgery ☐ Chemotherapy ☐ อื่นๆ
ประวัติประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ หดประจำเดือน ☐ ตั้งครรภ์ ☐ อื่นๆ
ประวัติคุมกำเนิด ☐ ไม่คุมกำเนิด ☐ กินยา (Pill) ☐ ฉีดยา (DMPA) ☐ ใส่ห่วง ☐ อื่นๆ
ประวัติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
☐ HPV DNA Test วันที่รับการตรวจ.....
☐ PAP smear วันที่รับการตรวจ.....
☐ อื่นๆ วันที่รับการตรวจ.....

การเก็บตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง

สำหรับบุคลากรศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง

การตรวจสอบคุณภาพตัวอย่าง

- ☐ ตามเกณฑ์รับตัวอย่าง
☐ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์รับตัวอย่าง เนื่องจาก.....