

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคเริม (Herpes Simplex Virus)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

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

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

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

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....

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

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

ประวัติการรับวัคซีน

ไม่เคย เคยเมื่ออายุ.....ปี.....เดือน พ.ศ.....

อาการและการตรวจพบ

ไข้ อุนหภูมิ.....^oC เจ็บคอ มีน้ำมูก ไอ

ผื่น ที่บริเวณ..... ลักษณะ.....

แผลที่บริเวณ..... ลักษณะ.....

ต่อมน้ำเหลืองทั่วไป ระบุ.....

อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบุ.....

อาการทางระบบประสาท ระบุ.....

การตรวจอื่นๆ เช่น เม็ดเลือดขาว...../มล. PMN.....% L.....%

เม็ดเลือดแดง...../มล. Bacterial culture.....

การวินิจฉัยทางคลินิก Herpes simplex virus

Herpes simplex virus encephalitis

วิธีตรวจ ELISA IgM

NT

PCR

ตัวอย่างส่งตรวจ

เจาะเลือดครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี..... ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี.....

เก็บน้ำไขสันหลัง (CSF) เมื่อวัน/เดือน/ปี.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง...../...../..... ผู้ส่ง.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่ง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
..... โทร
โทรศัพท์..... โทรสาร.....	ศัพท์..... โทรสาร.....