

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยวัณโรค

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0-2580-1593 โทรสาร 0-2965-9700

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ..... HN.....โทร. ....

รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก ..... ที่อยู่ .....

สิทธิของการรักษา  ข้าราชการ  บัตรทอง/ สปชส  ประกันสังคม  ประกันชีวิต/ ป่วย  อื่น ๆ.....

รับการรักษาที่ รพ.....แพทย์ผู้รักษา.....วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย.....

วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้.....วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เคย  ไม่เคย

มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้านหรือไม่  มี  ไม่มี การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น  TB  Suspected TB  อื่น ๆ .....

ลักษณะอาการเบื้องต้น.....

ผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น  ผลย้อม AFB.....  เพาะเชื้อ.....  drug susceptibility test .....

ผลตรวจเอกซเรย์ .....  Hepatitis.....  HIV .....

วิธีที่ต้องการตรวจวิเคราะห์

หมายเลขตรวจวิเคราะห์.....

PCR ( แยก MTB /NTM )

เพาะเชื้ออาหารแข็ง LJ

เพาะเชื้ออาหารเหลว MGIT

ชนิดตัวอย่างส่งตรวจ..... ตัวอย่างส่งตรวจครั้งนี้เป็น  ครั้งที่ 1  ครั้งที่ 2  มากกว่า 2 ครั้ง

ลักษณะของเสมหะ  เหนียว  ใส  มีเลือดปน  อื่น ๆ .....

ปริมาณตัวอย่าง  มาก (.....ซีซี.)  น้อย (.....ซีซี.) วันที่เก็บตัวอย่าง .....

IGRA  T-SPOT.TB ชนิดตัวอย่าง เลือดในหลอด Lithium Heparin (เก็บเลือดวันที่ .....เวลา.....)

QFT-IT ชนิดตัวอย่าง  plasma

เลือด  เลือดที่ยังไม่บ่ม (เก็บวันที่ .....เวลา.....)

เลือดที่บ่ม 37°C เป็นเวลา.....ชม.

ตรวจการดื้อยาด้วย Molecular test  Real-time PCR (ตรวจดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin)

Line probe assay (ตรวจดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin)

GeneXpert (ตรวจดื้อยา Rifampicin)

ช่วงเวลาการเก็บตัวอย่าง  ก่อนการรักษา  หลังการรักษา เดือนที่ .....1 .....3 .....6 .....12  อื่น ๆ ระบุ .....

ลงชื่อ .....( ผู้เก็บตัวอย่าง )

(.....)

วันที่ส่งตัวอย่าง .....

ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ต้องการทราบผลฝ่ายมัคโคแบคทีเรีย

ชื่อ .....ที่อยู่.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร ..... E-mail (โปรดระบุ) .....

E-mail : tbsrb1234@gmail.com, tb1234@hotmail.co.th

FM-NIH-001-41 แก้ไขครั้งที่ 0 ( 12 เม.ย. 2559 )