

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 (เก็บเลือดวันที่เวลา.....)

QFT-IT ชนิดตัวอย่าง plasma

เลือด เลือดที่ยังไม่บ่ม (เก็บวันที่เวลา.....)

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 เดือนที่13612 อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อ(ผู้เก็บตัวอย่าง)

(.....)

วันที่ส่งตัวอย่าง

ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ต้องการทราบผลฝ่ายมัคโคแบคทีเรีย

ชื่อที่อยู่.....

โทรศัพท์โทรสาร E-mail (โปรดระบุ)

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

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