

แบบนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจโรคพิษสุนัขบ้าจากผู้ป่วย
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เลขทะเบียนรับ.....

วัน-เดือน-ปี

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย เพศ อายุ ปี เดือน

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่ ถนน..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วันเริ่มป่วย..... รับการรักษาที่..... HN

ประวัติและอาการที่ตรวจพบ

.....
.....
.....

ประวัติการสัมผัสสัตว์

- ไม่เคยสัมผัส
- เคยถูกสัตว์กัด ข่วน เลีย เมื่อ..... ตำแหน่งของร่างกาย.....
- เป็นสัตว์เลี้ยง เคยได้รับวัคซีนเมื่อ..... ไม่เคยได้รับวัคซีน
- เป็นสัตว์จรจัด

ประวัติการได้รับวัคซีน และอิมมูโนโกลบูลิน

- ไม่เคยได้รับวัคซีน
- เคยได้รับวัคซีน ชนิด..... เมื่อ..... จำนวนโดสที่ได้รับ..... ฉีดแบบ.....
- ไม่เคยได้รับอิมมูโนโกลบูลิน
- เคยได้รับอิมมูโนโกลบูลิน ชนิด..... เมื่อ..... ปริมาณที่ได้รับ.....

วัตถุตัวอย่างที่ส่งตรวจ

- น้ำลาย (1-2 มล.) วันที่เก็บ
- ปัสสาวะ (10 มล.) วันที่เก็บ
- น้ำไขสันหลัง (1-2 มล.) วันที่เก็บ.....
- เนื้อสมอง (3-5 ชิ้น.) วันที่เก็บ
- ปมรากผม (20 เส้น) วันที่เก็บ

ชื่อ ที่อยู่ ที่ต้องการให้ส่งผล (สำหรับเจ้าหน้าที่ของ)

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่

.....

โทรศัพท์