แบบนำส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจปริมาณเชื้อ Hepatitis B virus และ Hepatitis C virus

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จ.นครสวรรค์
516/66 ม.10 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000 โทร 0 5622 1822 ต่อ 126
โทรสาร 0 5622 6620

<u>ส่วนที่ 1 สำหรับโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ</u>

รายการส่งตรวจ : ☐ HBV viral load ☐ HCV viral load

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... **อายุ**.....ปี **เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง **สัญชาติ**.....

โรงพยาบาล..... **HN**..... **เลขบัตรประชาชน**.....

สิทธิการรักษา : ☐ UC ☐ สิทธิราชการ ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิต่างด้าว ☐ สิทธิ์อื่นๆ.....

ชนิดของตัวอย่าง : ☐ EDTA Plasma ☐ Serum **(การส่งตรวจแต่ละรายการทดสอบ ปริมาณ Plasma หรือ Serum ต้อง ≥ 1.5 ml ต่อ 1 การทดสอบ)**

วันที่เก็บตัวอย่าง.....**ผู้ส่งตรวจ**..... **เบอร์โทร**.....**<u>E-mail รับผล</u>**.....

<u>ส่วนที่ 2 สำหรับหน่วยรับตรวจ สคร. 3</u>

วันที่รับตัวอย่าง..... ผู้รับตัวอย่าง..... LAB No .....

สภาพของตัวอย่าง: ☐ เหมาะสม ยอมรับได้ ☐ ไม่เหมาะสม ปฏิเสธการตรวจ เหตุผล.....

แจ้งโรงพยาบาลที่ส่งตรวจวันที่..... เวลา.....น.

ผู้รับแจ้ง.....กลุ่มงาน..... ผู้แจ้ง.....