

 <p>กรมควบคุมโรค</p>	<p>ใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRAs</p> <p>กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี</p> <p>Tel: 045255836, 0961892273 E-mail :labtb_dpcc10@yahoo.com</p>	<p>Order Number/Sticker</p>
---	---	-----------------------------

****กรุณารอกเอกสารให้ครบถ้วน ถูกต้อง****

ข้อมูลผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค(Contact Case)			
ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก	[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]		HN
สิทธิของการรักษา <input type="radio"/> ฆ่าราซการ <input type="radio"/> บัตรทอง/สปสช. <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> ประกันชีวิต/ป่วย <input type="radio"/> อื่นๆ.....			
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น			
ลักษณะอาการเบื้องต้นของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค			
.....			
เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ (Household Contact)	<input type="radio"/> ใช่		<input type="radio"/> ไม่ใช่
เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ (Close Contact)	<input type="radio"/> ใช่ ระบุสถานที่.....		<input type="radio"/> ไม่ใช่
ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค.....	ชั่วโมง/วัน	เป็นเวลานานปี.....เดือน
เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่	<input type="radio"/> เคย		<input type="radio"/> ไม่เคย
โรคประจำตัว/โรคร่วม	<input type="radio"/> ไม่มี		
	<input type="radio"/> มี	<input type="checkbox"/> B24	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
ปัจจุบันได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือยาในกลุ่ม steroid หรือไม่	<input type="radio"/> ได้รับ		<input type="radio"/> ไม่ได้รับ
ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (Index Case)			
ชื่อ-นามสกุล	อายุ :	ปี	เดือน
รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก	[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]		เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
อวัยวะที่เป็นโรค	<input type="radio"/> PTB <input type="radio"/> EPTB ระบุ.....	ประเภทผู้ป่วย	<input type="radio"/> New <input type="radio"/> Relapse <input type="radio"/> อื่นๆ.....
ผลเสมหะ	<input type="radio"/> AFB.....	<input type="radio"/> MTB/NTM.....	<input type="radio"/> Culture..... <input type="radio"/> อื่นๆ.....
วันที่เริ่มรักษา.....			
จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้าน <input type="radio"/> อายุน้อยกว่า 5 ปี.....คน <input type="radio"/> อายุ 5-18 ปี.....คน <input type="radio"/> อายุ 18 ปี ขึ้นไป.....คน			
ข้อมูลการส่งตรวจ			
<i>โปรดเขียนตัวบรรจง</i>	โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ		
	ที่อยู่		
	ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ส่งตรวจ	โทร.	
	วันที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บส่งตรวจ	เวลาที่เก็บส่งตรวจ
	ชื่อ-ที่อยู่ ของผู้ต้องการทราบผล		
	โทรศัพท์	โทรสาร	E-mail
สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการฯ สคร.10			
สิ่งส่งตรวจ <input type="radio"/> สภาพเหมาะสม <input type="radio"/> สภาพไม่เหมาะสม/อย่างไร	โทรสาร	ลายเซ็นต์เจ้าหน้าที่	

วิธีการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ กรุณาแจ้งฝ่ายประสานงาน LINE Lab สคร10 หรือโทร 0961892273 ล่วงหน้าก่อนเจาะเลือดอย่างน้อย 3 วัน

- 1.เจาะเลือดให้ใส่หลอดเก็บเลือดจุกเขียว (Lithium Heparinized Blood) ปริมาตร 3-4 ml จำนวน 2 หลอด ****ห้ามใช้สารกันเลือดแข็งชนิดอื่น****
- 2.ผสมเลือดกับสารกันเลือดแข็งให้เข้ากัน โดยคว่ำหายหลอดเก็บเลือดหลายๆครั้งทันที เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ****แช่ตัวอย่างที่ 2-8 °C****
- 3.ส่งตัวอย่างเลือดบรรจุใส่กล่องโฟม หรือกระติกที่มีน้ำแข็ง หรือ ice pack ที่อุณหภูมิ 2-8 °C ทันทีหรือ ภายใน 24 ชั่วโมง ****ห้ามแช่แข็ง****
- 4.ห้องปฏิบัติการฯ ขอรับตัวอย่างเลือดตั้งแต่วันจันทร์-วันพฤหัสบดี ก่อนเวลา 13.00 น. ****งดรับตัวอย่างในกรณีในวันถัดไปเป็นวันหยุดนักขัตฤกษ์****
- 5.กรุณาลงทะเบียนผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในระบบ NTIP ทุกรายและแนบหลักฐานการลงทะเบียนมาพร้อมใบขอส่งตรวจ