F-AIDS/STI-003
Rev.07 28/11/2566

ใบขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์ 045-243127, 083-0883871 โทรสาร 045-243127 ขอแบบฟอร์มได้ที่ labaids_dpc10@yahoo.com

กลุ่มห้องปฏิบัติการฯ สคร.10 จ.อุบลฯ

หน่วยงานที่ส่งตรวจ...**จังหวัด**.............................**เบอร์โทรกลับ**...............................**โทรสาร**....................................**e-mail**..

No	LAB ที่ส่งตรวจ						ชื่อ-สกุล	HN	NAP No.	เลขที่บัตรประชาชน	อายุ (ปี)	เพศ	สิทธิประโยชน์ ณ วันที่ส่งตรวจ	สูตรยาที่กำลังรับประทาน	วันที่เริ่มรับประทานยา	ผล CBC (กรณีส่งตรวจ CD4)	
	CD4	HIV-1 VL	HIV-DR	Anti-HCV	HCV-VL	HBV VL										WBC	% Lymp

หมายเหตุ: HIV 1 VL = HIV viral load, HIV DR = HIV drug resistance, HCV VL= HCV viral load, HBV VL=HBV viral load, ส่งตรวจ CD4 กรุณากรอกผล CBC ด้วยทุกครั้ง

แพทย์/เจ้าหน้าที่ ผู้สั่งตรวจ... วันที่เจาะเลือด............./........../....................เวลา..................ผู้นำส่งสิ่งส่งตรวจ..................................วันที่ส่งสิ่งส่งตรวจ.........../............/.............

ผู้รับสิ่งส่งตรวจ...วันที่รับสิ่งส่งตรวจ............/............/.............เวลา......................