



## แบบส่งตัวอย่างตรวจไข้มาลาเรีย

งานห้องปฏิบัติการโรคติดต่อฯ โดยแมลง กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

478/117 ม.7 ถ.เทวบุรี ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-346171 ต่อ 202 โทรสาร 075-346171

(รหัสตัวอย่างจากห้องปฏิบัติการด้านโรคติดต่อฯ โดยแมลง .....)

ทำเครื่องหมาย x ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน

ชื่อผู้ป่วย..... H.N. ....เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
เบอร์โทรศัพท์..... ผล LAB ชนิดเชื้อ... <input type="checkbox"/> P.f. <input type="checkbox"/> P.v. <input type="checkbox"/> P.m. <input type="checkbox"/> P.o <input type="checkbox"/> P.k.				
ชื่อบิดา - มารดาหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี).....อาชีพของบิดา-มารดา.....				
เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	สัญชาติ	อาชีพ
<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ปี..... เดือน..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> คนต่างชาติ ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ระบุสัญชาติ.....	..... .....
<b>ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย</b>				
บ้านเลขที่/ถนน..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด .....				
สถานที่ใกล้เคียง .....( <input type="checkbox"/> เขตเทศบาล <input type="checkbox"/> อบต. <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....)				
วันที่เริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย	
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....	วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....	<input type="checkbox"/> รพ.ศูนย์ ..... <input type="checkbox"/> รพ.ทั่วไป..... <input type="checkbox"/> รพ.ชุมชน..... <input type="checkbox"/> คลินิกของราช..... <input type="checkbox"/> สอ. .... <input type="checkbox"/> รพ.ราชการใน กทม. .... <input type="checkbox"/> คลินิก รพ.เอกชน ..... <input type="checkbox"/> บ้าน .....	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ค้นพบในชุมชน	
<b>สภาพผู้ป่วย</b> <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> ตาย วันที่ตาย ระบุ.....		<b>ประเภทตัวอย่างส่งตรวจ</b> <input type="checkbox"/> Whole blood <input type="checkbox"/> หยดเลือดในแผ่นกระดาษกรอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		ชื่อ-สกุลผู้รายงาน .....
				สถานที่ทำงาน .....
				จังหวัด .....
				วันที่เขียนรายงาน .....
วันที่เก็บตัวอย่าง		วันที่ส่งตัวอย่าง		ผู้รับตัวอย่าง (ลายเซ็น)/วันที่รับ
.....		.....		.....

\*นิยาม ต่างชาติประเภท 1 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย

ต่างชาติประเภท 2 คือ นักท่องเที่ยวต่างชาติ

ต่างชาติประเภท 3 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาในประเทศไทย เมื่อหายแล้วเดินทางกลับประเทศของตน



# แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคไข้เลือดออก ไข้เดงกี ไข้ซิกนุงุนยา ไข้ซิกา

งานห้องปฏิบัติการโรคติดต่อฯ โดยแมลง กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

478/117 ม.7 ถ.เทพบุรี ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-346171 ต่อ 202 โทรสาร 075-346171

(รหัสตัวอย่างจากห้องปฏิบัติการด้านโรคติดต่อนำโดยแมลง .....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ..... ปี ..... เดือน ..... วัน

ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย ..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้ ..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย .....

รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... HN ..... แพทย์ผู้รักษา .....

ประวัติการเดินทางในระยะ 14 วันก่อนป่วย

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

การวินิจฉัย :  DHF grade 1  DHF grade 2  DHF grade 3  DHF grade 4  
 ไข้เดงกี (DF)  ไข้ปวดข้อออกผื่นซิกนุงุนยา  ไข้ซิกา  อื่น ๆ (ระบุ) .....

## อาการและการตรวจพบ :

1. ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้ ..... อุณหภูมิสูงสุด ..... ° ซ วัน/เดือน/ปี ที่ไข้ลด .....

2. อาการเลือดออก

2.1 Tourniquet  ไม่ได้ทำ  Positive ..... จุด/Inch<sup>2</sup>  Negative (วัน/เดือน/ปี ที่ทำ .....

2.2 อาการเลือดออกที่ผิวหนัง  petechiae  ecchymoses  ไม่มี

2.3  เลือดกำเดาออก 2.4  อาการเลือดออกจากเหงือก 2.5  อาเจียนเป็นเลือด

2.6  ถ่ายเป็นเลือด 2.7  อื่น ๆ (ระบุ) .....

3. ตับ  ไม่มี  โต ขนาด ..... ซม  คล้ำไม่พบ  กดเจ็บ

4. อาการช็อค  ไม่มี  มี  มือเท้าเย็น  กระสับกระส่าย (วัน/เดือน/ปี.....)

5. ตรวจร่างกาย พบ ascitis  มี  ไม่มี (fluid thrill, shifting dullness)

6. อาการและการแสดงอื่น ๆ (Unusual manifestation)  ตัว/ตา เหลือง  ไม่รู้สึกตัว  ชัก

Renal failure .....  อื่น ๆ (ระบุ) .....

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Platelet counts แรกรับ ..... /ลบ.มม. สูงสุด ...../ลบ.มม. ต่ำสุด ..... /ลบ.มม.

Hematocrit แรกรับ ..... % สูงสุด ..... % ต่ำสุด ..... %

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือด ครั้งที่ 1 ...../...../.....

ครั้งที่ 2 ...../...../.....

ครั้งที่ 3 ...../...../.....

## ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....