

แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคไข้เลือดออก ไข้แดง ไข้ชิคุนกุนยา ไข้ฉิกกา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2951-2153

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เดือน วัน ตั้งครรภ์..... สัปดาห์
ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด โทรศัพท์.....

รับการรักษาที่ ร.พ..... อำเภอ..... จังหวัด..... H.N.
ประวัติการเดินทางในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย วัน/เดือน/..... ตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....

การวินิจฉัย : DHF grade 1 DHF grade 2 DHF grade 3 DHF grade 4 ไข้แดง DF R/O.....
 ไข้ชิคุนกุนยา ไข้ฉิกกา ผู้สัมผัส อื่นๆ (ระบุ).....

อาการและการตรวจพบ :

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย.....

1. ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้ อุณหภูมิสูงสุด.....⁰C วัน/เดือน/ปี ที่ไข้ลด.....

2. อาการเลือดออก

2.1 Tourniquet ไม่ได้ทำ positive..... จุด/Inch² negative (วัน/เดือน/ปี ที่ทำ.....)

2.2 อาการเลือดออกที่ผิวหนัง petechiae ecchymoses ไม่มี

2.3 เลือดกำเดาออก 2.4 เลือดออกจากเหงือก 2.5 อาเจียนเป็นเลือด

2.6 ถ่ายเป็นเลือด 2.7 มีประจำเดือน 2.8 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ตับ โต ขนาด.....ซม. คลำไม่พบ กดเจ็บ 4. อาการช็อค ไม่มี มี มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย

5. ปวดข้อ 6. มีข้อบวม 7. ปวดกล้ามเนื้อ 8. มีผื่นแดง 9. ตาแดง 10. Microcephaly

11. Guillain-Barre syndrome 12. ระบบประสาทอักเสบอื่นๆ

13. อาการแสดงอื่นๆ (Unusual manifestation) ตัว/ตา เหลือง ไม่รู้สึกตัว ชัก Renal failure อื่นๆ (ระบุ).....

การปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการ

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

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

โปรดระบุรายการที่ต้องการส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง และชนิดตัวอย่าง

- โรคไข้เลือดออก วิธี ELISA IgM, IgG
 วิธี RT-PCR จำแนกชนิดโรหัยป์
 วิธี Real-time RT-PCR จำแนกชนิดโรหัยป์
- โรคไข้ชิคุนกุนยา วิธี ELISA IgM วิธี RT-PCR
- โรคไข้ฉิกกา วิธี Real-time RT-PCR
 วิธี ELISA IgM วิธี ELISA IgG

ตรวจสอบพันธุกรรมไวรัสแดงกี ชิคุนกุนยา และฉิกกา วิธี Multiplex Real-time RT-PCR

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง ชนิดตัวอย่าง หมายเลขวิเคราะห์ (NIH no.)

ครั้งที่ 1/...../.....

ครั้งที่ 2/...../.....

ครั้งที่ 3/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่

.....

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail address.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายอาชีวโรหัย			
Test	1	2	3
Dengue PCR/rPCR			
Zika rPCR			
Zika IgM/IgG			
D-IgM			
D-IgG			
Chik PCR			
Chik-IgM P/N ratio			
ZCD Multiplex rPCR			
Interpretation			
Date			