



กรมควบคุมโรค
สำนักวัณโรค

ใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี T-SPOT® . TB

Order No.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 116 ถนนสุคนธ์ประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 10120

โทรศัพท์ : 02-212-2279 แฟกซ์ : 02-212-1408

ข้อมูลผู้ป่วย		
ชื่อ-นามสกุล:	อายุ: _____ ปี เดือน _____	เพศ: <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
เลขบัตรประชาชน:	Sample ID:	HN:
สิทธิของการรักษา	<input type="radio"/> ข้าราชการ	<input type="radio"/> บัตรทอง/ สปสช
	<input type="radio"/> ประกันชีวิต/ป่วย	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> อื่น ๆ _____	
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น		
มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี
ผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อ HIV หรือไม่	<input type="radio"/> เป็น	<input type="radio"/> ไม่เป็น
ปัจจุบันได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือ ยาในกลุ่ม steroid หรือไม่	<input type="radio"/> ได้รับ	<input type="radio"/> ไม่ได้รับ
เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น	<input type="radio"/> TB	<input type="radio"/> TB suspect
	<input type="radio"/> อื่น ๆ _____	
ลักษณะอาการเบื้องต้น _____		

ข้อมูลการส่งตรวจ		
โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ		
เบอร์ติดต่อ (เพื่อแจ้งผลตรวจ) _____ โทรสาร _____ E-mail _____		
ลักษณะสิ่งส่งตรวจ _____		
วันที่ เก็บสิ่งส่งตรวจ(โปรดระบุ): _____ เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ(โปรดระบุ): _____		
Blood collection tube		
<input type="radio"/> Lithium heparinized tube ปริมาณตัวอย่าง _____ ml (Adult: 4-6 ml, Children < 2 years: 2 ml)		
<input type="radio"/> อุณหภูมิห้อง (Room Temperature; 18-25 °C) ห้ามแช่เย็น		
*กรุณานำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชม.		
หมายเหตุ: เลือดที่ส่งตรวจต้องเก็บภายในวันอังคารเวลา 7:00-11:00 น. เท่านั้น โดยทางสำนักวัณโรคทำการตรวจในทุกวันพุธ		

ลงชื่อ

(_____)

ผู้ส่งตัวอย่าง

วันที่ _____

เวลา _____

ลงชื่อ

(_____)

ผู้รับตัวอย่าง

วันที่ _____

เวลา _____