

แบบฟอร์มส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยเทคนิคทาง Serology

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1. รายละเอียดหน่วยงานเก็บตัวอย่าง

ชื่อห้องปฏิบัติการ.....ชื่อหน่วยงาน.....  
 ชื่อผู้ติดต่อ (กรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม).....  
 โทรศัพท์.....E-mail.....

2. รายละเอียดผู้ป่วย

รหัส/ HN.....

เพศ  ชาย  หญิง เชื้อชาติ.....อายุ.....ปี

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

- ไม่มีประวัติเสี่ยง  รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด  
 ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด  เด็กอายุ > 24 เดือน ที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ HIV  
 ชายหรือหญิงอาชีพพิเศษ  บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่ (ระบุวันที่ได้รับอุบัติเหตุ).....  
 ชายหรือหญิงรักร่วมเพศ  อื่นๆ (ระบุ).....  
 ชายหรือหญิงรักต่างเพศ (หรือหญิงตั้งครรภ์)  อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติการให้ยาต้านไวรัส HIV

- ไม่เคยได้รับ  ได้รับ (ระบุชนิดและช่วงเวลาที่ได้รับ).....

3. รายละเอียดตัวอย่าง

ตัวอย่าง Plasma ปริมาตร.....วันที่เจาะเก็บตัวอย่าง.....

ตัวอย่าง Serum ปริมาตร.....วันที่เจาะเก็บตัวอย่าง.....

สาเหตุที่ส่งตรวจ

- ผลการตรวจคัดกรองขัดแย้งกัน  
 ผลการตรวจคัดกรองคลุมเครือ (ผลที่ได้ใกล้ค่า Cut off/ อ่านผลบวกหรือลบได้ไม่ชัดเจน)  
 มีอาการเข้ากันได้กับโรคเอดส์ แต่ผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ  
 อื่นๆ (ระบุ).....

ข้อมูลผลการตรวจ Anti-HIV เบื้องต้นของตัวอย่างที่เจาะเก็บ

การทดสอบ	วันที่ตรวจ	ชื่อชุดตรวจ (ตามเอกสารกำกับของชุดตรวจ)	ผลการทดสอบ*	หมายเหตุ
การทดสอบเบื้องต้น (Screening Test)				
การทดสอบเสริมที่ 1 (Supplementary Test 1)				
การทดสอบเสริมที่ 2 (Supplementary Test 2)				

\* กรณีทดสอบด้วยชุดตรวจแบบ EIA หรือเครื่องอัตโนมัติ (MBA) โปรดระบุค่า Ratio เป็น S/Co, COI หรือ TV  
 กรณีทดสอบด้วยชุดตรวจอื่นๆ โปรดระบุผลการทดสอบเป็น Reactive หรือ Non-reactive