

DS-01: ใบส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาไอโซโนอะซิด และริแฟมพิซินของเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจโดยตรง

วันที่ส่งตรวจ..... Lab ID..... (ช่องนี้สำหรับLab ของศิริราช)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง H.N.....

สิ่งส่งตรวจ เสมหะ อื่นๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน).....

ประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค วัณโรคปอด วัณโรคอวัยวะอื่นๆระบุ.....

HIV Positive Negative ไม่ได้ส่งตรวจ

ประวัติการรักษา ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน
 เคยรักษาวัณโรคมาแล้ว.....เดือน

ด้วยยา.....และได้หยุดมาแล้ว.....ปี/เดือน

กำลังรักษาวัณโรคอยู่.....เดือน

ด้วยยา.....มาตั้งแต่วันที่ /..... /.....

ชื่อแพทย์ผู้ส่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... FAX..... E-mail.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการตรวจ

หากมีข้อสงสัย ติดต่อ รศ.ดร. อังคณาฉายประเสริฐ, ดร. เทอดศักดิ์ พรหมณະนันท์, วิยะดา อาจารย์ตฤณกุล

ห้องปฏิบัติการอนุชีวะวิทยาและมัคโคแบคทีเรีย ตึกจุลชีวะวิทยา ชั้น 5 ภาควิชาจุลชีวะวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2 ถ.พรานนก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-419-8256-7 โทรสาร 02-411-3106 E-mail: sitpm@mahidol.ac.th