

## แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคไข้เลือดออก ไข้เดงกี ไข้ชิคุนกุนยา ไข้ซิกา

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

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..... H.N. .... แพทย์ผู้รักษา.....  
ประวัติการเดินทางในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย วัน/เดือน/ปี ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
การวินิจฉัย :  DHF grade 1  DHF grade 2  DHF grade 3  DHF grade 4  ไข้เดงกี DF  
 ไข้ชิคุนกุนยา  ไข้ซิกา  อื่นๆ (ระบุ).....

## อาการและการตรวจพบ :

1. ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้ ..... อุณหภูมิสูงสุด.....<sup>o</sup>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  เลือดออกจากเหงือก 2.5  อาเจียนเป็นเลือด  
2.6  ถ่ายเป็นเลือด 2.7  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

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

4. อาการช็อค  ไม่มี  มี  มือเท้าเย็น  กระสับกระส่าย (วัน/เดือน/ปี.....)  
 ชีพจร.....ครั้ง/นาที แรงดันเลือดตัวบน ต่ำสุด.....มม.ปรอท

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

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

11. อาการและการแสดงอื่นๆ (Unusual manifestation)  ตัว/ตาเหลือง  ไม่รู้สึกตัว  ชัก  Renal failure  
 อื่นๆ (ระบุ).....

## การปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการ

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

## โปรดระบุรายการที่ต้องการส่งตรวจ

โรคไข้เลือดออก  วิธี ELISA IgM&IgG  
 วิธี RT-PCR จำแนกซีโรทัยป์  
 วิธี Real Time RT-PCR จำแนกซีโรทัยป์  
โรคไข้ชิคุนกุนยา  วิธี ELISA IgM  วิธี RT-PCR  
โรคไข้ซิกา  วิธี Real Time RT-PCR

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือด หมายเลขวิเคราะห์ (NIH no.)

ครั้งที่ 1 ...../...../.....

ครั้งที่ 2 ...../...../.....

ครั้งที่ 3 ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....

E-mail address.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายอำนวยการ			
	Acute Serum	Convalescent	
		1	2
Dengue RT-PCR			
Dengue Real Time RT-PCR			
Zika Real Time RT-PCR			
D-IgM			
D-IgG			
Chik RT-PCR			
Chik-IgM P/N ratio			
Interpretation			
Date			