



กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้มาในซองที่ปิดมิดชิด เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย

แบบฟอร์มส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
143 ถ.ศรีดอนไชย ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100 โทร. 053- 276 364 ต่อ 108 แฟกซ์ 053-273 590



ชื่อ.....นามสกุล.....โรงพยาบาล.....

HN.....อายุ.....เพศ..... กลุ่มเสี่ยง ☐ MSM ☐ FSW/IDU ☐ Migrant ☐ บุคคลทั่วไป

ID

สิทธิการรักษา ☐ UC ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ต่างด้าวมีประกัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ชนิดตัวอย่าง ☐ ปัสสาวะ ☐ เลือด ☐ พลาสมา/ซีรัม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

จานเพาะเชื้อ ☐ Chocolate agar ☐ Bangrak I medium เก็บจาก ☐ Cervical ☐ Urethral ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่เก็บตัวอย่าง.....วันที่ส่งตรวจ สคร..... ชื่อเจ้าหน้าที่ส่งตรวจ.....โทร.....

อีเมลล์ส่งผล.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

รายการ (รหัสกรมบัญชีกลาง)	เวลาดำเนินการ (วันทำการ)	ค่าตรวจ (บาท)
☐ Susceptibility for <i>N. gonorrhoeae</i> นำส่งภายใน 24 ชั่วโมงไม่ต้องแช่เย็น เพื่อเฝ้าระวังหนองในดื้อยาของ รพ.เครือข่าย	7	ไม่มีค่าใช้จ่าย
☐ Culture for <i>N. gonorrhoeae</i> and susceptibility นำส่งภายใน 24 ชั่วโมงไม่ต้องแช่เย็น (35101)	7	ไม่มีค่าใช้จ่าย
☐ Xpert for CT/NG ส่งภายใน 24 ชั่วโมง อุณหภูมิ 2-8 °C	1	1,500
☐ HIV Viral load (36362)*	5	1,350
☐ HCV Viral load (36333)*	5	1,690
☐ HCV Viral load (36333)* ไม่มีค่าใช้จ่ายกรณี มีผลการคัดกรอง Anti-HCV เป็นบวก (ประชากรไทยทุกสิทธิ) กรุณาส่งผลคัดกรอง	5	ไม่มีค่าใช้จ่าย
*เลือด ส่งภายใน 8 ชั่วโมง พลาสมา ส่งภายใน 24 ชั่วโมง อุณหภูมิ 2-8 °C		

สำหรับห้องปฏิบัติการ สคร.1 เชียงใหม่ วันที่รับตัวอย่าง..... ผู้รับตัวอย่าง..... LSN.....

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน ข้อมูลเพิ่มเติม

☐ ปฏิเสธ ผู้รับแจ้ง วันที่..... ผู้แจ้ง เลข NC

ตัวอย่างใบปะหน้ากล่องส่งตัวอย่าง

กรุณาส่ง

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค

ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ 143 ถ.ศรีดอนไชย

ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

การนำส่ง

☐ แช่เย็น 2-8 องศาเซลเซียส

☐ ไม่แช่เย็น