สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
315/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2354 5310 หรือ โทร.ทบ. 85158

ใบคำขอส่งตรวจโรคติดเชื้อ Rickettsia โดยวิธี IFA

โดยห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 15189: 2022, ISO 15190: 2020

แผนกพยาธิวิทยา กองวิจัย

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกรายการ)

ชื่อผู้ป่วย _____ เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง อายุ_____ปี _____เดือน

เลขที่ทั่วไป _____ วันที่เก็บตัวอย่าง _____

แพทย์ผู้ส่ง _____ เวลาเก็บตัวอย่าง _____

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ

❑ Clotted Blood ❑ Serum ❑ Plasma ❑ CSF ❑อื่น ๆ _____

ส่งตรวจ Rickettsia ด้วยวิธี IFA (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

❑ Scrub typhus (IgM และ IgG)

❑ Murine typhus (IgM และ IgG)

❑ Tick typhus (IgM และ IgG)

ค่าส่งตรวจ ค่าส่งตรวจ 1 รายการ

ค่าส่งตรวจ 2 รายการ

ค่าส่งตรวจ 3 รายการ

ข้อมูลการติดต่อ

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งสิ่งส่งตรวจ _____

โทรศัพท์_____ สถานที่ติดต่อ _____

วิธีเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ สำหรับตรวจ Rickettsia antibodies (IgM และ IgG)

1. Clotted Blood (เลือด) วิธีเก็บ: เจาะเลือดปริมาณไม่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดเก็บเลือด พร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อริคเค็ทเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ภายในไม่เกิน 6 ชั่วโมง หลังจากเจาะเลือด

2. Serum/Plasma (น้ำเหลือง) วิธีเก็บ: เจาะเลือดปริมาณไม่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตร ปั่นแยกน้ำเหลืองที่ความเร็ว 3,000 รอบ/นาที นาน 5 นาที เก็บแยกน้ำเหลืองใส่หลอดทดลอง ปิดฝาพร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อริคเค็ทเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

3. CSF (น้ำไขสันหลัง) วิธีเก็บ: เจาะน้ำไขสันหลังปริมาณไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดสะอาด ปิดฝาพร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อริคเค็ทเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

หมายเหตุ
- ถ้าไม่สามารถนำส่งได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมงให้เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส
- ชำระเงินค่าตรวจ ณ ห้องจัดเก็บเงินรายได้ และส่งสิ่งส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อริคเค็ทเซีย ตึกปฏิบัติการวิจัยทางการแพทย์ อาคาร 2 ชั้น 1 กองวิจัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-14.00 น.
- เพื่อยืนยันผลการตรวจ ควรส่งเลือดหรือ Serum ครั้งที่ 2 ระยะห่าง 5-10 วัน (Second serum)
- ประกันเวลาทดสอบ (Turnaround time (TAT): 3 วันทำการ)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
315/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2354 5310 หรือ โทร.ทบ. 85158

ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคติดเชื้อ Rickettsia

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกรายการ)

เลขที่ทั่วไป _____ โรงพยาบาล _____

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน (หมู่บ้าน) _____ บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ตำบล (แขวง)_____ อำเภอ (เขต) _____จังหวัด _____

โทรศัพท์ (บ้าน) _____ มือถือ _____

ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ก่อนป่วย ท่านเดินทางไปที่ใดบ้าง_____

การตรวจวินิจฉัย_____

_____

อาชีพ

❑ รับราชการ ❑ ทหาร ❑ ตำรวจ ❑ ครู ❑ นักเรียน, นักศึกษา

❑ รัฐวิสาหกิจ ❑ งานส่วนตัว ❑ แม่บ้าน ❑ ทำนา ❑ ทำสวน

❑ ทำไร่ ❑ ตัดไม้ ❑ เผาถ่าน ❑ หาของป่า ❑ ล่าสัตว์

❑ รับจ้าง (ระบุงาน) _____

เมื่อ 3 สัปดาห์ก่อนป่วย ระบุว่าทำอะไรมาบ้าง

❑ ทำนา ❑ ทำสวน ❑ ทำไร่ ❑ ตัดไม้ ❑ ล่าสัตว์

❑ หาของป่า ❑ ตกปลา ❑ ลาดตระเวน ❑ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ผู้ป่วยเคยถูกสัตว์ประเภทนี้กัดหรือไม่

ไร ❑ เคย ❑ ไม่เคย หมัด ❑ เคย ❑ ไม่เคย

เห็บ ❑ เคย ❑ ไม่เคย เหา ❑ เคย ❑ ไม่เคย

อาการขณะนี้

❑ มีไข้ _____วัน อุณหภูมิ _____ °C ❑ ปวดศีรษะ ❑ ปวดเมื่อย ❑ มีผื่นขึ้นตามตัว

❑ ปวดกระบอกตา ❑ ตาแดง ❑ เจ็บคอ ❑ ท้องเสีย

❑ มีแผลเหมือนถูกบุหรี่จี้ (Eschar) ❑ หนาวสั่น ❑ ต่อมน้ำเหลืองโต

❑ อื่น ๆ (ระบุ) _____

แพทย์ผู้ให้การรักษา _____**โทร** _____

ข้าพเจ้า ❑ ยินยอม ❑ ไม่ยินยอม ให้นำผลการตรวจของข้าพเจ้าใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยด้านการระบาดของโรคติดเชื้อริคเค็ทเซีย โดยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม)