

**NOPPARAT RAJATHANEE HOSPITAL
DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY**

☎ 0-2517-4270-9

ห้องเบอร์ 5 ต่อ 1349

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ต่อ 7320

รับผล

รอได้ตามกำหนด.....

รับผลวันที่.....

ขอผลด่วน

PA-FO-601(ร.พ.48)

Lab No.

ติดสติ๊กเกอร์

Clinical Diagnosis

Specimen Blood Cord blood CSF
 Urine Stool.....

Collected by Time.....

Name

H.N. A.N. Ward Tel.

Age Sex Male Female

Requested by Date

- IM006 VDRL/RPR.....
- IM029 Treponema Ab (Rapid test).....
- IM008 Anti-n-DNA (LE).....
- IM007 ASO..... I.U./mL
- IM009 RF..... I.U./mL
- IM011 CRP..... mg/L (normal<10mg/L)

- IM010 Widal test
- S. typhi O.....
- S. typhi H.....

- IM016 Meningitidis
- IM017 N.meningitidis B/E.coli K1.....
- IM022 Haemophilus influenzae b.....
- IM021 Streptococcus pneumoniae.....
- IM023 Streptococcus B.....
- IM018 N. meningitidis A.....
- IM019 N. meningitidis C.....
- IM020 N. meningitidis Y/W 135.....

- IM039 Hepatitis C Virus : Anti-HCV.....
- Hepatitis B virus
- IM003 HBsAg.....
- IM004 Anti-HBs..... I.U./L
- IM005 Anti-HBc (Total).....
- IM043 HBeAg.....
- IM044 Anti-HBe.....
- IM041 Anti-HBc IgM.....

- Thyroid
- IM032 T3.....
- IM033 Free T3.....
- IM030 T4.....
- IM031 Free T4.....
- IM034 TSH.....
- IM035 Thyroglobulin antibody.....
- IM040 β-HCG.....

- IM038 CD4
- Anti-HIV

โปรดกรอรายละเอียดเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรายงานผล
1. ข้าพเจ้าได้รับคำปรึกษาแนะนำก่อนการตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์แล้วและยินดีให้ตรวจเลือดของข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจเลือด
ลงชื่อ.....ผู้ให้คำปรึกษา

2. การตรวจครั้งนี้เป็นการตรวจที่ ร.พ.นพรัตนฯ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
ก่อนเจาะเลือดได้ตรวจสอบบัตรประชาชนแล้วว่าเป็นบุคคลเดียวกัน
ลงชื่อผู้เจาะเลือด (ตัวบรรจง).....เวลา.....

3. ประวัติผู้ป่วย
- ไม่มีอาการ มีอาการ.....
 - ร้กร่วมเพศ ติดสารเสพติด
 - ติดจากมารดา สัมผัสเชื้อ
 - เคยมีประวัติจาก รพ.นพรัตนราชธานี วันที่.....
 - ที่อื่น (ระบุ).....

- Anti-HIV
- IM001 Rapid test.....
- IM002 ECLIA
- IMO021 ขอใบรับรองแพทย์
- Conclusion.....

- IM042 HIV Antigen..... ng/ml
- IM013 Troponin-T..... ng/ml
- IM012 HbA1C.....% Normal 4.5-6.3 %
Control Diabetic 6.3-9.0 %
Poor Controlled Diabetic >9.0 %

Urine

- IM026 Methamphetamine.....
- IM027 Morphine.....
- IM028 THC (กัญชา).....
- IM014 Microalbumin..... mg/L (normal<20mg/L)

Reported by.....Date.....

Approved by.....Date.....

แนวทางปฏิบัติในการขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับการตรวจด้วยลายลักษณ์อักษร หรือลายนิ้วมือ เพื่อเป็นการแสดงการรับทราบในสิทธิของผู้รับการตรวจที่พึงจะได้รับ

ขั้นตอนการขอส่งตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

1. ผู้รับบริการต้องให้การยินยอมตรวจโดยลงลายลักษณ์อักษรในใบส่งตรวจ Anti-HIV [PA-FO-601 (ร.พ.48)]
2. นำใบส่งตรวจส่งให้ห้องปฏิบัติการเพื่อทำการบันทึกรายการตรวจในระบบ HIS (PMK) รหัส IM002 (กรณี Sample แรกหรือทราบประวัติจากหน่วยบริการอื่น) หรือ IM001/2 (กรณีเป็น Sample 2) พร้อมระบุรหัสแพทย์ หรือ LABO เพื่อเปิดดูรายงานผลในระบบ HIS เนื่องจากเป็นรายการตรวจที่ต้องปกปิดผลเป็นความลับ หากไม่ระบุจะไม่สามารถบันทึกรายการตรวจได้

หมายเหตุ LABO สามารถมองเห็นผลได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติผู้ที่มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเท่านั้น

3. สิ่งส่งตรวจจะถูกนำส่งพร้อมกับใบส่งตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการโดยตรง เพื่อทำการตรวจวิเคราะห์ โดยใบส่งตรวจที่มีลายลักษณ์อักษรนั้นจะเก็บไว้เป็นหลักฐานทวนสอบที่ห้องปฏิบัติการไม่น้อยกว่า 5 ปี จากนั้นจะนำไปทำลายตามกระบวนการทำลายเอกสารของโรงพยาบาล
4. การรายงานผล ผู้รับบริการสามารถรับผลทางห้องปฏิบัติการหรือดูรายงานผลผ่านระบบ HIS เท่านั้น โดยหากต้องการใบรายงานผลการตรวจ ต้องแสดงหลักฐานบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย หรือ ใบเสร็จรับเงิน หรือบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วยเสมอ จากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ จะทำการพิมพ์รายงานผลใส่กระดาษคาร์บอนปิดผนึก 3 ชั้น ให้กับผู้รับบริการ เพื่อนำไปพบแพทย์ตามกระบวนการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิงจาก

- คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560
- แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565
- วิธีปฏิบัติการป้องกันข้อมูลที่เป็นความลับ