

CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY NOPPARATRAJATHANEE HOSPITAL

Lab No.

H.N.....Name.....Age.....Sex M F Ward.....Collection date.....time.....

Clinical Diagnosis.....Antibiotic Rx.....Request by.....

INFECTION : Community acquired Hospital acquired Report by.....

DIRECT EXAM : MI001:Gram MI033:AFB I MI034:AFB II MI035:AFB III MI003:Mod.AFB
 MI036:KOH I MI037:KOH II MI038:KOH III MI005:Wet smear MI006:Tzanck smear
 MI007:Indian ink MI008:Slit smear MI009:Scabies

REPORT :

CULTURE/SUSCEPTIBILITY TEST : Aerobes PR282 Anaerobes MI012 MIC
 PR185 TB Culture PR232 Fungus Culture

Specimen	Pus	Swab	Fluid
<input type="checkbox"/> MI017 Hemo I	<input type="checkbox"/> MI026 Abdomen	<input type="checkbox"/> MI022 Rectal	<input type="checkbox"/> MI025 CSF
<input type="checkbox"/> MI018 Hemo II	<input type="checkbox"/> MI026 Arm	<input type="checkbox"/> MI024 Throat	<input type="checkbox"/> MI027 Pleural
<input type="checkbox"/> MI019 Hemo III	<input type="checkbox"/> MI026 Hand	<input type="checkbox"/> MI024 Ear	<input type="checkbox"/> MI027 Pericardial
<input type="checkbox"/> MI020 Voided urine	<input type="checkbox"/> MI026 Finger	<input type="checkbox"/> MI024 Eye	<input type="checkbox"/> MI027 Peritoneal
<input type="checkbox"/> MI020 Cath urine	<input type="checkbox"/> MI026 Knee	<input type="checkbox"/> MI024 Nasal	<input type="checkbox"/> MI027 Ascitic
<input type="checkbox"/> MI022 Stool	<input type="checkbox"/> MI026 Leg	<input type="checkbox"/> MI021 Vagina	<input type="checkbox"/> MI027 Amniotic
<input type="checkbox"/> MI023 Sputum	<input type="checkbox"/> MI026 Foot	<input type="checkbox"/> MI021 Urethra	<input type="checkbox"/> MI027 Joint
<input type="checkbox"/> MI023 Tracheal aspirate	<input type="checkbox"/> MI026 Head	<input type="checkbox"/> MI021 Cervix	<input type="checkbox"/> MI027 Bile
<input type="checkbox"/> MI023 Lung aspirate	<input type="checkbox"/> MI026 Back	<input type="checkbox"/> MI021 Uterus	<input type="checkbox"/> MI027 Bleb
<input type="checkbox"/> MI028 Catheter	<input type="checkbox"/> MI026 Buttock		<input type="checkbox"/> MI027 Gastric content
<input type="checkbox"/> MI029 Tissue	<input type="checkbox"/> MI026 Face		<input type="checkbox"/> MI027 Bronchial wash
<input type="checkbox"/> MI126 Bone marrow	<input type="checkbox"/> MI026 Umbilical		
<input type="checkbox"/> MI127 Lymphnode	<input type="checkbox"/> MI026 Placenta		
<input type="checkbox"/> MI125 Other.....	<input type="checkbox"/> MI026 Pus from.....		

การเขียนใบส่งตรวจงานจุลชีววิทยาคลินิก

1.การตรวจ Direct exam.และการตรวจเพาะเชื้อ

1.1 ใช้แบบฟอร์ม ร.พ.49

1.2 แยกใบ Aerobic Culture และ Direct exam.

1.3 เขียนใบส่งตรวจให้ชัดเจนและครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล HN. อายุ เพศ หอผู้ป่วย ชนิดสิ่งส่งตรวจ (ควรระบุให้ชัดเจน เนื่องจากสิ่งส่งตรวจต่างชนิดกันอาจเลือกใช้อาหารเลี้ยงเชื้อและวิธีการตรวจวิเคราะห์ต่างกัน) การวินิจฉัยเบื้องต้น ยาด้านจุลชีพที่ใช้ (ปกติควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนให้ยาผู้ป่วย) ระบุวันที่และเวลาเก็บสิ่งส่งตรวจ ชื่อแพทย์ผู้ส่ง การเลือก CI (Community acquired), NI (Hospital acquired)

1.4 การเขียนใบส่งตรวจไม่ชัดเจนหรือไม่ครบทำให้การปฏิบัติงานล่าช้าเป็นสาเหตุของการทำให้การรายงานผลล่าช้า

2.การตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสโรคและการดื้อยา Rifampicin ด้วยเครื่อง GeneXpert

ใบสั่งตรวจ COVID-19 วิธี RT-PCR (ด่วน)

Lab No.

งานจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

SAT Code..... ID/เลข Passport.....

ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทร.....H.N.....

Age.....Sex.....Ward.....

Requested by..... Date..... Collected by..... Time.....

Clinical Diagnosis

PUI Emergency OR Emergency Refer

Specimen Nasopharygeal swab Throat swab

Test	Result
<input type="checkbox"/> MI 132 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert	
<input type="checkbox"/> MI 133 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ทองวันโรค)	
<input type="checkbox"/> MI 134 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ชำระเงิน)	
<input type="checkbox"/> MI 135 SARS-CoV-2 (COVID-19) Standard M10	

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

ใบสั่งตรวจ COVID-19 วิธี RT-PCR (ด่วน)

Lab No.

งานจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

SAT Code..... ID/เลข Passport.....

ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทร.....H.N.....

Age.....Sex.....Ward.....

Requested by..... Date..... Collected by..... Time.....

Clinical Diagnosis

PUI Emergency OR Emergency Refer

Specimen Nasopharygeal swab Throat swab

Test	Result
<input type="checkbox"/> MI 132 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert	
<input type="checkbox"/> MI 133 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ทองวันโรค)	
<input type="checkbox"/> MI 134 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ชำระเงิน)	
<input type="checkbox"/> MI 135 SARS-CoV-2 (COVID-19) Standard M10	

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

3.ตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ด้วยวิธี RT-PCR (แบบด่วน)

ใบสั่งตรวจ COVID-19 วิธี RT-PCR (ด่วน)

Lab No.


งานจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนครราชสีมา

SAT Code..... ID/เลข Passport.....
ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทร.....H.N.....
Age.....Sex.....Ward.....
Requested by..... Date..... Collected by..... Time.....
Clinical Diagnosis
 PUI Emergency OR Emergency Refer
Specimen Nasopharygeal swab Throat swab

Test	Result
<input type="checkbox"/> MI 132 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert	
<input type="checkbox"/> MI 133 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ทองวันโรค)	
<input type="checkbox"/> MI 134 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ชำระเงิน)	
<input type="checkbox"/> MI 135 SARS-CoV-2 (COVID-19) Standard M10	

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

คำแนะนำการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ COVID-19 วิธี RT-PCR (GeneXpert)

- ติด Sticker ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยที่หลอด VTM และกระป๋องพลาสติก
- เก็บ nasopharyngeal swab (ตามรูป) ใส่หลอด VTM ปิดจุกให้สนิท บรรจุในถุงซิปล็อค 3 ชั้น
- บรรจุลงกระป๋องพลาสติก แล้วใส่กล่องโฟมที่มีสัญลักษณ์  BIOHAZARD
- กรอกข้อมูลในใบสั่งตรวจให้ครบถ้วนทุกช่อง
- Key Request รหัส MI ในระบบ HIS
- ในกรณีไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ให้ Key Request รหัส MI 133 SARS-CoV-2 (COVID-19) GeneXpert (ทองวันโรค)
- นำใบสั่งตรวจ ส่งเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ LAB ชั้น 3 อาคารนวมราชจักรี
- ส่งตัวอย่างที่งานจุลชีววิทยาคลินิก

หมายเหตุ ห้ามนำใบ request ใส่ในกล่องส่งตรวจ

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม โทร 80309

