



เลขที่ใบส่งตรวจ _____

ใบบันทึกส่งตรวจตัวอย่างห้องอณูชีวโมเลกุล HPV DNA Testing
งานเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกันวิทยา โรงพยาบาลราชธานี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อ-นามสกุล..... ว/ด/ป เกิด..... H.N.....

สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ เบิกต้นสังกัด ☐ บัตรทอง ☐ บัตรประกันสังคมเลขที่..... ☐ อื่นๆ.....☐ PCR010 HPV DNA TEST 16 18 and High Risk (คนไทยอายุ 30-59 ปี เบิกสปสช.)☐ PCR011 HPV DNA TEST 16 18 and High Risk (จ่ายเอง) ราคา 1,600 บาท

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง

ชนิดสิ่งส่งตรวจ ☐ Vaginal ☐ Cervical ☐ Endocervical ☐ อื่นๆ.....

ประวัติการตั้งครรภ์ : Para (จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์)..... Last (อายุบุตรคนสุดท้าย).....

LMP ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

ประวัติการรักษา ☐ Surgery ☐ Radiation ☐ Chemotherapy ☐ Hormone ☐ อื่นๆ.....

(ผ่าตัด) (รังสีบำบัด) (เคมีบำบัด) (ฮอร์โมนบำบัด)

ประวัติประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ หมดประจำเดือน ☐ ตั้งครรภ์ ☐ ให้นมบุตรประวัติคุมกำเนิด ☐ ไม่คุมกำเนิด ☐ กินยา ☐ ฉีดยา ☐ ใส่ห่วง ☐ อื่นๆ.....

ประวัติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

☐ HPV DNA Testing ☐ วันที่รับตัวอย่าง.....☐ PAP smear ☐ วันที่รับตัวอย่าง.....☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... ☐ วันที่รับตัวอย่าง.....

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....

การตรวจสอบสภาพตัวอย่างส่งตรวจ

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

☐ ตามเกณฑ์การรับตัวอย่าง☐ เกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ☐ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรับตัวอย่าง☐ ภาชนะแตกหักชำรุด☐ จำเป็นต้องตรวจวิเคราะห์ภายใต้เงื่อนไข☐ ปริมาณตัวอย่างน้อยกว่า 20 mL☐ โทรแจ้งหน่วยงานเก็บตัวอย่าง☐ ชื่อ-นามสกุลใบส่งตรวจไม่ตรงกับตัวอย่าง☐ ปนเปื้อนแบคทีเรียหรือเชื้อรา

ผู้ตรวจสอบ.....