

แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคเลปโตสไปโรซิส

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี โทร. 0 7735 5301-6 โทรสาร 0 7735 5300

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้สัมผัสโรคที่บ้านผู้ป่วย อาชีพ.....

ชื่อ.....สกุล.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้.....วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....

รับการรักษาที่ ร.พ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....HN.....แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติ ก่อนมีอาการ 1 – 30 วัน

- ☐ 1. เคยใกล้ชิดกับสัตว์
- () สุนัข () สุนัข () วัว ควาย
- () อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ 2. เคยสัมผัสกับน้ำที่อาจมีเชื้อปนเปื้อน
- () น้ำท่วมขัง () แม่น้ำลำคลอง () ปลักโคน
- () หนองบึง () บ่อ () อื่น ๆ (ระบุ).....
- () ไม่เคย () ไม่ทราบ

อาการที่ตรวจพบ

- () ไข้ขึ้นทันที () ปวดกล้ามเนื้อ () โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง
- () ตัวเหลือง () ตาแดง () ปวดท้อง
- () ปัสสาวะน้อย () คอแข็ง () ต่อม้ำเหลืองโต
- () ปวดหลัง () อ่อนเพลีย () อื่น ๆ ระบุ.....

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ☐ พลาสมา ☐ ซีรัม

เจาะเลือดครั้งแรก วันที่.....

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องทราบตัวอย่าง
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	
โทรศัพท์.....โทรสาร.....	โทรศัพท์.....โทรสาร.....
.....	

วิธีเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเลปโตสไปราแอนติบอดี

1. ควรเจาะเลือดผู้ป่วยที่สงสัยหรือเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส 2 ครั้ง โดยเก็บครั้งแรกและครั้งที่สองห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์
2. ตัวอย่างเซรัม ปริมาณ 2 – 3 มิลลิตร ในหลอดพลาสติก ปิดสนิท ติดฉลากรายละเอียดชื่อผู้ป่วย โรงพยาบาล วันที่เก็บตัวอย่างให้ชัดเจน แช่เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส กรอกรายละเอียดในแบบส่งตัวอย่างตรวจโรคเลปโตสไปราแอนติบอดีให้ครบถ้วนและชัดเจน
3. นำหลอดตัวอย่างใส่ถุงพลาสติกซิปล็อค บรรจุในกระป๋องแข็งแรง ใส่ในลังโฟมพร้อมน้ำแข็งหรือ ice pack รีบนำส่งห้องปฏิบัติการทันที
4. หากไม่สามารถนำส่งห้องปฏิบัติการได้ทันทีควรเก็บรักษาซีรัมไว้ที่ 2-8 องศาเซลเซียส ไม่เกิน 3 วัน หากนานกว่านั้นควรเก็บไว้ที่ -20 องศาเซลเซียส
5. ส่งพร้อมกับใบนำส่งตัวอย่างไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี (หลีกเลี่ยงตัวอย่าง hemolysis มีไขมันหรือมีการปนเปื้อน)

หมายเหตุ กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนและชัดเจนทุกครั้งที่ส่งตัวอย่างตรวจ