

## แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคติดเชื้อริกเกตเซีย

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

ชื่อ-สกุล..... เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง อายุ.....ปี.....เดือน อาชีพ.....  
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....  
 HN..... วันที่เริ่มป่วย...../...../..... วันที่รับไว้...../...../..... แพทย์ผู้รักษา.....

## อาการและการตรวจพบ

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไข้ อุณหภูมิ.....°C | <input type="checkbox"/> หนาวสั่น            | <input type="checkbox"/> ไอ               |
| <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร          | <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ       | <input type="checkbox"/> ท้องผูก          |
| <input type="checkbox"/> ตาแดง               | <input type="checkbox"/> ม้ามโต              | <input type="checkbox"/> ตับโต            |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ            | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้, อาเจียน   | <input type="checkbox"/> เจ็บคอ           |
| <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย           | <input type="checkbox"/> คอแข็ง              | <input type="checkbox"/> ท้องเดิน         |
| <input type="checkbox"/> ปวดหลัง             | <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง, ตาเหลือง | <input type="checkbox"/> Eschar*          |
| <input type="checkbox"/> Rash*               | <input type="checkbox"/> Petechia*           | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy* |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่น ๆ .....   |  |   |

## \*โปรดระบุตำแหน่งที่ตรวจพบ

	หัว	หน้า	คอ	มือ	รักแร้	หน้าอก	เอว	ก้น	ขาหนีบ	ถุงอัณฑะ	ขา	ที่อื่นๆระบุ
Eschar	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	.....
Rash	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	.....
Petechia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	.....
Lymphadenopathy	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	.....

การวินิจฉัยทางคลินิก.....

วันที่เจาะเลือด  พลาสมา  ซีรัม ครั้งที่ 1...../...../..... ครั้งที่ 2 วันที่...../...../.....

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

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

**☞ วิธีเก็บและส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อริกเกตเซีย**

1. เจาะเลือด 2 ครั้ง โดยเจาะครั้งแรกเมื่อพบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 หลังจากวันเริ่มป่วย 10 - 21 วัน หรือเจาะห่างจากครั้งแรก 7 - 14 วัน
2. ตัวอย่างเซรัม ปริมาณ 2 – 3 มิลลิตร ในหลอดพลาสติก ปิดสนิท ติดฉลากรายละเอียดชื่อผู้ป่วย โรงพยาบาล วันที่เก็บตัวอย่างให้ชัดเจน แช่เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส กรอกรายละเอียดในแบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อริกเกตเซียให้ครบถ้วนและชัดเจน
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