

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัย TORCH

(Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex virus)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปีเดือน.....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.....

อาการทางคลินิก

- Fever
- Pneumonitis
- Chorioretinitis
- น้ำหนักตัวน้อย
- ตาเป็นต้อข้างเดียว
- ตาเป็นต้อ 2 ข้าง
- อาการอื่น ๆ ระบุ
- มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์ เดือน
- Hepatomegaly
- Purpuric skin
- Cough
- หัวใจพิการ
- ตาเป็นต้อ 2 ข้าง
- Splenomegaly
- Microcephaly
- Encephalitis
- หูหนวก
- ตัวเหลือง
- ผื่นที่ผิวหนัง

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา

WBC.....cell/mm³ PMN.....% Phatelet count.....(< 75,000//mm³)
RBC.....cell/mm³ Monocyte.....% ATL level(>100 Unit/L)
Atypical lymphosis% (> 5%)
หมายเหตุ ATL = alanine aminotransterase

ส่งตรวจแอนติบอดี TORCH Toxoplasma Rubella Cytomegalovirus Herpes Simplex virus

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ (ซีรัมอย่างน้อย 1.5 มล)

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

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....