แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยเชื้อบักเตรี, เชื้อรา และพาราสิต

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

ชื่อ-สกุล(ผู้ส่งตัวอย่าง)..... สถานที่ ..... โทรศัพท์.....

ลำดับ	ชื่อสกุล	HN	เพศ	อายุ	ชนิดของตัวอย่าง	วันเดือนปี ที่เก็บตัวอย่าง	เวลา ที่เก็บตัวอย่าง	อาการ/การวินิจฉัย	ชนิดของเชื้อที่ ต้องการตรวจ	***หมายเหตุ

*** **หมายเหตุ** : 1. เชื้อที่ต้องการส่งตรวจ โปรดระบุการย้อมสีและการทดสอบทางชีวเคมี
2. ตัวอย่างอื่นๆที่ไม่ได้มาจากผู้ป่วย เช่น น้ำ ปุ๋ย ฯลฯ โปรดระบุสถานที่เก็บตัวอย่าง
3. กรณีระบาด โปรดระบุด้วยว่าเป็นตัวอย่างจากผู้ป่วย หรือผู้สัมผัสโรค

FM-NIH-01-30 แก้ไขครั้งที่ 1 (28 สิงหาคม 2552)