

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอัมพาตอ่อนแรงเฉียบพลัน (AFP)

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

EPI no. (สำหรับเจ้าหน้าที่) (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.....

อาการและการตรวจพบ

1. ไข้ ไม่มี มี °ซ เป็นมานาน วัน
 ขณะนี้ยังมีไข้ °ซ ไม่มีไข้

2. อาการทางประสาท

ปวดศีรษะ อาเจียน ชี้น ชัก ไม่รู้สึกตัว คอแข็ง

อาการอัมพาต ไม่มี มี วันที่/...../.....

อัมพาตแบบ flaccid paralysis spastic paralysis

บริเวณ แขนซ้าย แขนขวา ขาซ้าย ขาขวา

ประวัติการรับวัคซีน จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้าย/...../.....

ครั้งที่ 1/...../..... ครั้งที่ 2/...../..... ครั้งที่ 3/...../.....

การวินิจฉัยทางคลินิก

ชนิดของตัวอย่าง อูจจาระ Rectal swab Rectal straw

เก็บครั้งที่ 1/...../..... เก็บครั้งที่ 2/...../.....

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

สภาพตัวอย่าง 1. ปริมาณ 2. น้ำแข็ง มี ไม่มี 3. สภาพ แห้ง ชื้น

สรุปสภาพตัวอย่าง ดี ไม่ดี

ลงชื่อ ผู้รับตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี/...../..... เวลา