

## แบบส่งตัวอย่างตรวจผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัส Ebola และ Marburg

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 0-2951-0000, โทรสาร 0-2591-2153, E-mail: cclts@dmasc.mail.go.th

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี  
 สัญชาติ ..... เชื้อชาติ ..... อาชีพ .....  
 ที่อยู่ในประเทศไทย เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
 วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
 รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... HN ..... แพทย์ผู้รักษา.....  
 ประวัติการเดินทาง ในช่วง 21 วันก่อนป่วย.....

- มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายอื่น/ผู้เสียชีวิต (ระบุรายละเอียด) .....
- มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ ได้แก่ ลิง แอนติโลป (สัตว์กีบคู่) หนู ค้างคาว หรืออื่นๆ ที่มาจากแอฟริกา (ระบุรายละเอียด) .....

### อาการสำคัญ

- มีไข้ (วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีไข้ ...../...../..... อุณหภูมิสูงสุด..... ° ซ)  ไม่มีไข้
- ปวดศีรษะ                       คลื่นไส้ อาเจียน                       เบื่ออาหาร                       ถ่ายเหลว                       อ่อนเพลีย
- ปวดท้อง                       ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ                       กลืนลำบาก                       หายใจลำบาก                       สะอึก
- มีเลือดออกตามเหงือก                       ตาแดง                       อุจจาระมีเลือดปน                       อาเจียนมีเลือดปน                       เลือดกำเดาไหล
- มีจุดแดงที่ผิวหนัง บริเวณ.....                       อื่นๆ (ระบุ) .....

### วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง

<input type="checkbox"/> ตัวอย่างเลือด Clotted blood (สีแดง) 2 หลอด ตรวจด้วยวิธี/หลักการ..... ครั้งที่ 1 ...../...../..... ครั้งที่ 2 ...../...../.....	<input type="checkbox"/> ตัวอย่างเลือด EDTA blood (สีม่วง) 2 หลอด ตรวจด้วยวิธี/หลักการ..... ครั้งที่ 1 ...../...../..... ครั้งที่ 2 ...../...../.....
<input type="checkbox"/> ตัวอย่างชนิด .....จำนวน ..... ตรวจด้วยวิธี/หลักการ..... ครั้งที่ 1 ...../...../..... ครั้งที่ 2 ...../...../.....	<input type="checkbox"/> ตัวอย่างชนิด .....จำนวน ..... ตรวจด้วยวิธี/หลักการ..... ครั้งที่ 1 ...../...../..... ครั้งที่ 2 ...../...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่นำส่งตัวอย่าง ...../...../..... อุณหภูมิที่นำส่งตัวอย่าง ..... ° ซ

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องการทราบผล
ชื่อ นามสกุล .....	ชื่อ นามสกุล .....
ที่อยู่/หน่วยงาน .....	ที่อยู่/หน่วยงาน .....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....	โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail .....	E-mail .....