



ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ສູນວິໄຈພະຍາດຊຶມເຊື້ອລາວ-ຄຣິສຕີຟ ເມຣີເອີ
ຖະໜົນສາມແສນໄທ, ບ້ານເກົ້າຍອດ, ເມືອງສີສັດຕະນາກ
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ



Tel: +856 (0) 21 260 357, Fax: +856 (0) 21 260 358

Contact:
Dr Phimpha, 5551-0755
Mr Johnny, 5997-7722

ແບບຟອມສໍາລັບການນັບຈໍານວນເຊື້ອ ເຮັດໄອວີ HIV Viral load (HIV VL) Form

ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງ: ເລືອດທີ່ຕ້ອງການແມ່ນ 5 mL ເອົາໃສ່ໃນຫລອດທີ່ມີສານກັນກ້າມ EDTA. ບໍ່ເອົາເລືອດທີ່ເກັບໄດ້ໃສ່ ໃນຕູ້ເຢັນ ຫຼື ຕູ້ ແຊ່ເດັດຂາດ. ໃຫ້ນໍາສົ່ງຕົວຢ່າງມາຫ້ອງວິເຄາະ ບໍ່ໃຫ້ກາຍ 6 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກແທງເອົາເລືອດ, ໃຫ້ຢູ່ໃນອຸນຫະພູມ 20°C ຫາ 25°C ວລາຂົນສົ່ງບໍ່ແຊ່ແຂງແລະຫຸ້ມຫໍ່ໃນກ່ອງທີ່ສູນ CILM ມອບໃຫ້.

ສໍາລັບ ຕ່າງແຂວງໃຫ້ແຍກເອົາ Plasma : ປັ່ນເລືອດດ້ວຍ ເຄື່ອງປັ່ນ (Centrifuge) ດ້ວຍຄວາມໄວ 1500 rpm ໄຊ້ເວລາ 10 ນາທີ ຫລື ຖ້າບໍ່ມີເຄື່ອງປັ່ນ ໃຫ້ປະໄວໃນອຸນຫະພູມຫ້ອງ 2-3 ຊມ ເພື່ອໃຫ້ຕົກຕະກອນດີແລ້ວຈຶ່ງດູດເອົາແຕ່ Plasma ທັງໝົດໃສ່ຫຼອດ 1.5mL ຈໍານວນ 1 ຫຼອດ (ໃຫ້ເຕັມຫລອດ), ຈາກນັ້ນ ເກັບຮັກສາໄວ້ໃນຕູ້ແຊ່ -15°C ຫາ -20°C. ຫຸ້ມຫໍ່ຕົວຢ່າງດ້ວຍຫຼັກການ triple packaging ແລະ ຂົນສົ່ງຕົວຢ່າງໃນອຸນຫະພູມ 2°C ຫາ -20°C ພ້ອມກັບເຄື່ອງຕິດຕາມອຸນຫະພູມ Tomkey.

ວັນເດືອນປີ ເກັບຕົວຢ່າງ: __/__/____ ເວລາ: __ໂມງ__ນາທີ (ໃຫ້ຂຽນທຸກຄັ້ງທີ່ເກັບຕົວຢ່າງ)
ລະຫັດຄົນເຈັບ : __/____ ວັນເດືອນປີເກີດ : __/__/____
ເພດ: ຊາຍ ຍິງ, ຖືພາ: ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ, ອາຍຸການຖືພາ __ __ / ອາທິດ, ວັນເດືອນປີ ຂອງການຖືພາ: __/__/____
ຊະນິດຂອງການລົງທະບຽນ ລົງທະບຽນໃໝ່
 ຍ້າຍມາຈາກສູນ ART ອື່ນ, ໃຫ້ໃສ່ລະຫັດເກົ່າ (ຊື່ໂຮງໝໍ)+ລະຫັດຄົນເຈັບ_____
 ຄົນເຈັບເກົ່າ

ພະຍາດແຊກຊ້ອນ: HBV HCV Other: _____
ເຫດຜົນການກວດ VL : 1 ກວດຕິດຕາມ ພາຍຫຼັງກິນຢາ ARV ໄດ້ 6 ເດືອນ 2 ກວດຕິດຕາມ ພາຍຫຼັງກິນຢາ ARV ໄດ້ >1 ປີ
3 ກວດຄົນຫຼັງການເຮັດ Adherence 4 ລົ້ມເຫຼວທາງດ້ານຈຸລະໂລກ 5 ລົ້ມເຫຼວທາງດ້ານພູມຄຸ້ມກັນ 6 ລົ້ມເຫຼວທາງດ້ານຄຣິນິກ
ຈໍານວນ CD4 ຄັ້ງສຸດທ້າຍ _____ ວັນເດືອນປີ ທີ່ກວດ: __/__/____

ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບຢາ ARV ແລ້ວບໍ່? ຍັງເທື່ອ ໄດ້ຮັບແລ້ວ ວັນເດືອນປີທີ່ເລີ່ມໃຫ້ ARV ຄັ້ງທໍາອິດ: __/__/____
ສູດຢາ ARV ທີ່ໃຊ້ໃນປະຈຸບັນແມ່ນ: 1st line 2nd line ສູດທາງເລືອກ Other: _____
ຕົວຢ່າ ARV ທີ່ໄຊ້ມີ: d4T AZT NVP TDF DTG
 ddl 3TC EFV Atazanavir/r
ວັນເດືອນປີ ເລີ່ມໃຊ້ຢາສູດຫຼ້າສຸດນີ້: __/__/____

ຊື່ໂຮງໝໍ/ຄຣິນິກ: _____ ຊື່ທ່ານໝໍ: _____ ເບີໂທ: _____ ລາຍເຊັນທ່ານໝໍ: _____

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນຊ່ອງຫວ່າງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ຖ້າບໍ່ຮູ້ຫຼືບໍ່ມີຂໍ້ມູນ ໃຫ້ຂຽນຄໍາວ່າ “ບໍ່ຮູ້” ຫຼື “ບໍ່ມີ” ໃສ່ໃນຊ່ອງຫວ່າງ.

ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ສໍາລັບພະນັກງານ ສູນ ສວລມ ເທົ່ານັ້ນ:
ຕົວຢ່າງທີ່ຮັບມາຈາກໂຮງໝໍ ແມ່ນໄດ້ຕາມມາດຕະຖານທີ່ກໍານົດໄວ້ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

HIV VL

Code LRM