



**ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ**  
ສູນວິໄຈພະຍາດຊຶມເຊື້ອລາວ-ຄຣິສຕີຟ ເມຣິເອີ  
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

**ແບບຟອມ ສໍາລັບ ກວດການຕ້ຢາ ARV ຂອງ HIV-1  
HIV-1 Drug Resistance (DR) Genotyping Form**

**ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງ:** ເລືອດທີ່ຕ້ອງການແມ່ນ 5 mL ເອົາໃສ່ໃນຫລອດທີ່ມີສານກັນກ້າມ EDTA. ບໍ່ເອົາເລືອດທີ່ເກັບໄດ້ໃສ່ ໃນຕູ້ເຢັນ ຫຼື ຕູ້ແຊ່ເດັດຂາດ. ໃຫ້ນໍາສິ່ງຕົວຢ່າງມາຫ້ອງວິເຄາະ ບໍ່ໃຫ້ກາຍ 6 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກແທງເອົາເລືອດ, ໃຫ້ຢູ່ໃນອຸນຫະພູມ 20°C ຫາ 25°C ວລາຂຶ້ນສົ່ງບໍ່ແຊ່ແຂງແລະຫຸ້ມຫໍ່ໃນກ່ອງທີ່ສູນ CILM ມອບໃຫ້.

**ສໍາລັບ ຕ່າງແຂວງໃຫ້ແຍກເອົາ Plasma :** ປັ່ນເລືອດໂດຍເຄື່ອງປັ່ນ (Centrifuge) ດ້ວຍຄວາມໄວ 1500 rpm ໄຊ້ເວລາ 10 ນາທີ ຫລື ຖ້າບໍ່ມີເຄື່ອງປັ່ນ ໃຫ້ປະໄວໃນອຸນຫະພູມຫ້ອງ 2-3 ຊມ ເພື່ອໃຫ້ຕົກຕະກອນດີແລ້ວຈຶ່ງດູດເອົາແຕ່ Plasma ທັງໝົດໃສ່ຫຼອດ 1.8mL ຈໍານວນ 1 ຫຼອດ (ໃຫ້ເຕັມຫລອດ), ຈາກນັ້ນ ເກັບຮັກສາໄວ້ໃນຕູ້ແຊ່ -20°C. ຫຸ້ມຫໍ່ຕົວຢ່າງດ້ວຍຫຼັກການ triple packaging ແລະ ຂົນສົ່ງຕົວຢ່າງໃນອຸນຫະພູມ 2°C ຫາ -20°C ພ້ອມກັບເຄື່ອງຕິດຕາມອຸນຫະພູມ Tomkey.

ວ/ດ/ປ ເກັບຕົວຢ່າງ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ເວລາ: .....h..... (ໃຫ້ຂຽນທຸກຄັ້ງທີ່ເກັບຕົວຢ່າງ)  
ລະຫັດຄ/ຈ : \_\_/\_\_\_\_ ຊື່ : \_\_\_\_\_ ວ ດ ປີເກີດ : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ເພດ:  ຊາຍ  ຍິງ

**ອາການສະແດງດ້ານ clinic ຂອງຄົນເຈັບອົງຕາມຂັ້ນຂອງ WHO Staging:**

Stage 1;  Stage 2;  Stage 3;  Stage 4  
ຈໍານວນ CD4 ຄັ້ງສຸດທ້າຍ \_\_\_\_\_ ວ/ດ/ປ ທີ່ກວດ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຈໍານວນ VL ຄັ້ງທີ-1 \_\_\_\_\_ cp/mL, ວ/ດ/ປ ທີ່ກວດ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຈໍານວນ VL ຄັ້ງທີ-2 \_\_\_\_\_ cp/mL, ວ/ດ/ປ ທີ່ກວດ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບຢາ ARV ແລ້ວບໍ່?  ຍັງເທື່ອ  ໄດ້ຮັບແລ້ວ ວ/ດ/ປ ທີ່ເລີ່ມໃຫ້ ARV ຄັ້ງທໍາອິດ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ສູດຢາ ARV ທີ່ໃຊ້ໃນປະຈຸບັນແມ່ນ:  1<sup>st</sup> line  2<sup>nd</sup> line  ສູດທາງເລືອກ  ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

**ຕົວຢ່າງ ARV ທີ່ໃຊ້ມີ:**  d4T  AZT  NVP  Tenofovir  
 3TC  ddl  EFV  Atazanavir/r  
 FTC  ABC  Lopinavir /r  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ວ/ດ/ປ ເລີ່ມໃຊ້ຢາສູດຫຼ້າສຸດນີ້: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ຊື່ໂຮງໝໍ/ຄຣິນິກ: \_\_\_\_\_ ຊື່ທ່ານໝໍ: \_\_\_\_\_ ເບີໂທ: \_\_\_\_\_ ລາຍເຊັນທ່ານໝໍ: \_\_\_\_\_

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

**ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ສໍາລັບພະນັກງານ ສູນ ສວລມ ເທົ່ານັ້ນ:**

ຕົວຢ່າງທີ່ຮັບມາຈາກໂຮງໝໍ ແມ່ນໄດ້ຕາມມາດຕະຖານທີ່ກໍານົດໄວ້ຫຼືບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ .....

**MDR**

Code LRM