



ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ສູນວິໄຈພະຍາດຊຶມເຊື້ອລາວ-ຄຣິສຕີຟ ເມຣີເອີ
ຖະໜົນສາມແສນໄທ, ບ້ານເກົ້າຍອດ, ເມືອງສີສັດຕະນາກ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ
Tel: +856 (0) 21 260 357, Fax: +856 (0) 21 260 358



ແບບຟອມ ສຳລັບ ກວດນັບຈຳນວນເຊື້ອໄວຣັສອັກເສບຕັບ ບີ
Hepatitis-B (HBV) Viral load (VL) Form

ຕິດຕໍ່/Contact:

Dr. Phimpha, 5551-0755
Mrs. Silipaphone, 5889-1636

ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງທີ່ເປັນເລືອດລວມ: ເລືອດທີ່ຕ້ອງການແມ່ນ **3-5 mL** ເອົາໃສ່ໃນຫລອດທີ່ມີສານກັນກ້າມ **EDTA**. ບໍ່ເອົາເລືອດທີ່ເກັບໄດ້ໃສ່ໃນຕູ້ເປັນ ຫຼື ຕູ້ແຊ່ເດັດຂາດ. ໃຫ້ນຳສິ່ງຕົວຢ່າງມາຫ້ອງວິເຄາະ ບໍ່ໃຫ້ກາຍ **6 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກເຈາະເອົາເລືອດ, ບໍ່ແຊ່ແຂງເວລາຂຶ້ນສິ່ງ.

ສຳລັບ ຕ່າງແຂງໃຫ້ແຍກເອົາ Plasma: ປັ່ນເລືອດໂດຍເຄື່ອງປັ່ນ (Centrifuge) ດ້ວຍຄວາມໄວ **1500 rpm** ໄຊ້ເວລາ **10 ນາທີ** ຫລື ຖ້າບໍ່ມີເຄື່ອງປັ່ນ ໃຫ້ປະໄວໃນອຸນນະພູມຫ້ອງ **2-3 ຊົ່ວໂມງ** ເພື່ອໃຫ້ຕົກຕະກອນດີແລ້ວຈຶ່ງດູດເອົາແຕ່ Plasma ທັງໝົດໃສ່ຫຼອດ **1.8 mL** ເກັບຮັກສາໄວ້ໃນຕູ້ແຊ່ **-20°C**. ເວລາສິ່ງຕົວຢ່າງໃຫ້ແຊ່ແຂງ ຫຸ້ມທໍ່ໃນກ່ອງບັນຈຸທີ່ປອດໄພ ແລະ ເໝາະສົມ.

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ:

ຊື່ (ພາສາລາວ): _____, ນາມສະກຸນ: _____ ເບີໂທຕິດຕໍ່: _____

ຊື່ (ພາສາອັງກິດ): _____, ນາມສະກຸນ: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: __ / __ / __ __ __ __ , ເພດ: ຊາຍ ຍິງ, ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ (ແຂວງ): _____

ວັນເດືອນປີ ບົ່ງມະຕິພະຍາດ (ມີທີ່ກວດພົບວ່າຕິດເຊື້ອ HBV) : __ / __ / __ __ __ __ ພະຍາດອື່ນທີ່ເປັນຮ່ວມ: HCV HIV ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຜົນກວດໜ້າທີ່ການຂອງຕັບ ຄັ້ງສຸດທ້າຍ : ALAT(SGPT): _____, ວັນເດືອນປີກວດ __ / __ / __ __ __ __ ບໍ່ໄດ້ກວດ

ASAT(SGOT) : _____, ວັນເດືອນປີ ກວດ __ / __ / __ __ __ __ ບໍ່ໄດ້ກວດ

ຜ່ານມາເຄີຍມາກວດນັບເຊື້ອ ຢູ່ ສວຄມ: ຄັ້ງທຳອິດ ເຄີຍມາກວດແລ້ວ

ເຫດຜົນການກວດ Viral Load : 1. ຍັງຢືນການຕິດເຊື້ອ 2. ກ່ອນໃຫ້ຢາປິ່ນປົວ 3. ຕິດຕາມໄລຍະກຳລັງປິ່ນປົວ

4. ຕິດຕາມຫຼັງການປິ່ນປົວ 5. ຕິດຕາມການວິວັດຂອງພະຍາດ

ຖ້າຕົກໃນກໍລະນີເຫດຜົນການກວດ ຂໍ້-3 ຫຼື 4, ຢາຕ້ານໄວຣັສ ທີ່ທ່ານໃຊ້ແມ່ນ:

1) .._____ ວັນເດືອນປີ ເລີ່ມກິນຢາ: __ / __ / __ __ __ __

2) .._____ ວັນເດືອນປີ ເລີ່ມກິນຢາ: __ / __ / __ __ __ __

ອື່ນໆ: _____

ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໝໍ:

ວັນເດືອນປີຂອງການເກັບຕົວຢ່າງ: __ / __ / __ __ __ __ ເວລາ: __ ໂມງ __ ນາທີ

ສວຄມ ຫຼື ໂຮງໝໍ / ຄຣິນິກ (ຊື່) _____ ຊື່ທ່ານໝໍ: _____ ເບີໂທ: _____ ລາຍເຊັນ _____

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

ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ສຳລັບພະນັກງານ ສູນ ສວຄມ ເທົ່ານັ້ນ:

ສະຖານທີ່ເກັບຕົວຢ່າງ: ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄຣິນິກ (ຕົວຢ່າງໄດ້ຕາມມາດຕະຖານບໍ່? 1. ໄດ້ 2. ບໍ່ໄດ້)

ຢູ່ ສວຄມ ແຫ່ງເລືອດໂດຍພະນັກງານສູນ (ຊື່ຫຍໍ້): _____

