

ແບບຟອມ ສໍາລັບ ກວດນັບຈຳນວນເຊື້ອໄວຣັສຕັບອັກເສບ ບີ
Hepatitis-B (HBV)_Viral load (VL) Form

ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງເລືອດລວມ: ເກັບເລືອດລວມປະລິມານ 6mL ໃສ່ໃນຫລອດທີ່ມີສານກັນກ້າມ EDTA. ຫ້າມເອົາເລືອດທີ່ເກັບໄດ້ໃສ່ ໃນຕູ້ເຢັນ ຫຼື ຕູ້ແຊ່ເດັດຂາດ. ໃຫ້ນໍາສົ່ງມາ ສວລມ ບໍ່ໃຫ້ກາຍ 5 ຊົ່ວໂມງ ພາຍຫຼັງເຈາະເລືອດ, ຂົ່ນສົ່ງໃນອຸນຫະພູມ (15°C ຫາ 30°C).

ວິທີການກຽມ Plasma (ໃນກໍລະນີບໍ່ສາມາດນໍາສົ່ງເລືອດລວມມາຫ້ອງວິເຄາະ ສວລມ ພາຍໃນ 5 ຊົ່ວໂມງ): ປັ່ນຈາກເລືອດລວມໂດຍເຄື່ອງປັ່ນ (Centrifuge) ໃຊ້ເວລາ 10 ນາທີ ຫລື ຖ້າບໍ່ມີເຄື່ອງປັ່ນ ໃຫ້ປະໄວ້ໃນອຸນຫະພູມຫ້ອງ 2-3 ຊົ່ວໂມງ ເພື່ອໃຫ້ຕົກຕະກອນດີແລ້ວຈຶ່ງດູດເອົາແຕ່ Plasma ປະລິມານ 2 mL ໃສ່ຫຼອດທີ່ບໍ່ມີສານກັນກ້າມ ແລະ ເກັບຮັກສາໄວ້ໃນຕູ້ແຊ່ -20°C ໃນໄລຍະລໍຖ້ານໍາສົ່ງມາ ສວລມ; ເວລາສົ່ງຕົວຢ່າງໃຫ້ຂົນສົ່ງໃນອຸນຫະພູມເຢັນ; ຫຸ້ມຫໍ່ໃນກ່ອງບັນຈຸທີ່ປອດໄພ ແລະ ເໝາະສົມ.

1. ຂໍ້ມູນພື້ນຖານຂອງຄົນເຈັບ:

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ (ພາສາລາວ): _____

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ (ພາສາອັງກິດ): _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: __ / __ / ____, ເພດ: ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ,

ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ (ແຂວງ): _____

ເບີໂທ:

ເຄີຍມາກວດນັບເຊື້ອທີ່ ສູນ_ສວລມ ☐ ເຄີຍ ☐ ບໍ່ເຄີຍ

ຮັບຜິດກວດທາງ:

☐ ວັອດສແອັບ (WhatsApp) ເບີ:

☐ ມາຮັບເອງຢູ່ CILM

ທ່ານຕ້ອງການຄໍາແນະນໍາຈາກໝູ່ ສູນ ສວລມ ບໍ່:

☐ ຕ້ອງການ ☐ ບໍ່ຕ້ອງການ

ລາຍເຊັນ:

2. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພະຍາດຂອງຄົນເຈັບ:

ວັນເດືອນປີ ບົ່ງມະຕິພະຍາດ (ມື້ທີ່ກວດພົບວ່າຕິດເຊື້ອ HBV) : __ / __ / ____

ເຫດຜົນການກວດ VL: ☐ 1. ກວດຕິດຕາມ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ປິ່ນປົວ ☐ 2. ກ່ອນໃຫ້ຢາປິ່ນປົວ ☐ 3. ຕິດຕາມໄລຍະກຳລັງປິ່ນປົວ ☐ 4. ຕິດຕາມຫຼັງການປິ່ນປົວ

ຖ້າຕອບຂໍ້ 3 & 4 ຢາທີ່ໃຊ້ປິ່ນປົວແມ່ນຢາຫຍັງ: ☐ 1.ວັນທີເລີ່ມຢາ __ / __ / ____ ☐ 2. ບໍ່ຮູ້

3. ຂໍ້ມູນທ່ານໝໍ: ຊື່ໂຮງໝໍ /ຄຣິນິກ _____ ຊື່ທ່ານໝໍ: _____ ເບີໂທ: _____ ລາຍເຊັນ _____

4. ຂໍ້ມູນການເກັບຕົວຢ່າງ:

ວັນເດືອນປີ ຮັບ/ເກັບຕົວຢ່າງ: __ / __ / ____ ເວລາ: __ ໂມງ __ ນາທີ __

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

ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ສໍາລັບພະນັກງານ ສູນ ສວລມ ເທົ່ານັ້ນ:

ທີ່ມາຂອງຕົວຢ່າງ: 1. ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄຣິນິກ: ຕົວຢ່າງໄດ້ຕາມມາດຕະຖານບໍ່? ☐ 1. ໄດ້ ☐ 2. ບໍ່ໄດ້

2. ເກັບຕົວຢ່າງຢູ່ສູນ ສວລມ, ແທງເລືອດໂດຍ: _____

HBV

Code LRM