

ແບບຟອມ ສຳລັບ ກວດນັບຈຳນວນເຊື້ອໄວຣັສຕັບອັກເສບ ຊີ
Hepatitis-C (HCV)_Viral load (VL) Form

ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງເລືອດລວມ: ເກັບເລືອດລວມປະລິມານ **4 - 6 mL** ໃສ່ໃນຫລອດທີ່ມີສານກັນກ້າມ **EDTA**. ຫ້າມເອົາເລືອດທີ່ເກັບໄດ້ໃສ່ ໃນຕູ້ເຢັນ ຫຼື ຕູ້ແຊ່ເດັດຂາດ. ໃຫ້ນຳສົ່ງມາ **ສວລມ** ບໍ່ໃຫ້ກາຍ **5 ຊົ່ວໂມງ** ພາຍຫຼັງຈາກເລືອດ, 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** ໃນປະລິມານ **2 mL** ໃສ່ຫຼອດທີ່ບໍ່ມີສານກັນກ້າມ ແລະ ເກັບຮັກສາໄວ້ໃນຕູ້ແຊ່ **-20°C** ໃນໄລຍະລໍຖ້າສົ່ງມາ **ສວລມ**; ເວລາສົ່ງຕົວຢ່າງໃຫ້ຂົນສົ່ງໃນອຸນຫະພູມເຢັນ; ຫຸ້ມຫໍ່ໃນກ່ອງບັນຈຸທີ່ປອດໄພ ແລະ ເໝາະສົມ.

1. ຂໍ້ມູນພື້ນຖານຂອງຄົນເຈັບ:

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ (ພາສາລາວ): _____
 ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ (ພາສາອັງກິດ): _____
 ວັນເດືອນປີເກີດ: ____ / ____ / ____ , ເພດ: ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ,
 ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ (ແຂວງ): _____
 ເບີໂທ: _____
 ເຄີຍມາກວດນັບເຊື້ອທີ່ ສນ ສວລມ ☐ ເຄີຍ ☐ ບໍ່ເຄີຍ

ຮັບຜົນກວດຫາ:

☐ ວັດສະດຸ (WhatsApp) ເບີ: _____
☐ ມາຮັບເອງຢູ່ CILM
 ທ່ານຕ້ອງການຄຳແນະນຳຈາກໝູ່ຢູ່ສູນ ສວລມ ບໍ່:
☐ ຕ້ອງການ ☐ ບໍ່ຕ້ອງການ
 ລາຍເຊັນ: _____

2. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພະຍາດຂອງຄົນເຈັບ:

ວັນເດືອນປີ ບົ່ງມະຕິພະຍາດ (ມື້ທີ່ກວດພົບວ່າຕິດເຊື້ອ HCV) : ____ / ____ / ____

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

ຖ້າຕອບຂໍ້ 3 & 4 ຢາທີ່ໃຊ້ປິ່ນປົວແມ່ນ: ☐ 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: _____

HCV

Code LRM