

ใบนำส่งตรวจเอนไซม์แอสิดฟอสฟาเตสและตัวอสุจิ

ชื่อ-สกุล(ด.ญ./น.ส./นาง).....วัน เดือน ปีเกิด.....

เพศ.....อายุ.....ปี H.N.โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ที่อยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....อาชีพ.....

วันที่ผู้ป่วยร่วมเพศครั้งสุดท้ายด้วยความสมัครใจ.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

วัน-เวลาที่เกิดเหตุ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา

วัน-เวลาที่แพทย์ตรวจ/เก็บตัวอย่าง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา

หลังเกิดเหตุ ผู้ป่วยได้อาบน้ำหรือล้างช่องคลอดหรือไม่ ใช่ ไม่

แพทย์ผู้ตรวจ(ตัวบรรจุ) นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล

ประวัติและผลการตรวจผู้ป่วย.....

รายการสิ่งส่งตรวจ

1. swab หมายเลข.....เก็บจาก.....

หมายเลข.....เก็บจาก.....

2. อื่นๆ หมายเลข.....เก็บจาก.....

ผู้ส่งตรวจ.....วันที่.....เวลา.....

ข้อแนะนำการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

1. ใช้ cotton swab ป้ายบริเวณที่สงสัยว่ามีคราบอสุจิติดอยู่
2. ผึ่งให้แห้งที่อุณหภูมิห้อง
3. ใส่ในซองกระดาษสะอาด ปิดปากซอง ติดฉลากชื่อ-สกุล ให้ชัดเจน แล้วส่งพร้อมหนังสือส่งตรวจ

หมายเหตุ: ตัวอย่างที่ตรวจแล้ว จะถูกทำลายทิ้งหลังจากเก็บไว้นาน 1 ปี

ผู้จัดทำ.....
(นางอานูไร จิตต์สุรงค์)

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางจินตนา ประดุจกาญจนา)

ผู้อนุมัติ.....
(อ.นพ.กิตติศักดิ์ ศรีพงษ์)