แบบฟอร์มส่งเลือดตรวจ Viral load

ตรวจ VL (เฉพาะ Positive HIV)					
ลำดับที่	ID	ผลตรวจ VL	ลำดับที่	ID	ผลตรวจ VL
รวมจำนวน ..... หลอด					

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)

วันที่ส่งตัวอย่าง.....

เวลาที่ส่งตัวอย่าง.....

จำนวนตัวอย่าง.....

ชื่อผู้รับตัวอย่าง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)

วันที่ตรวจตัวอย่าง.....

เวลาที่ตรวจตัวอย่าง.....

ชื่อผู้ตรวจตัวอย่าง.....