

### แบบฟอร์มบันทึกเจาะเลือดและส่งตรวจเลือด HIV, Hepatitis B, C and Syphilis

ชื่อสถานบริการ ..... วันที่.....

ลำดับ	ID	Anti-HIV				Hep B Ag	Anti-HCV	Syphilis	ส่งตรวจ VL (เฉพาะ Positive sample)	ส่งตรวจ BED (เฉพาะ Positive sample)
		Test 1	Test 2	Test 3	สรุปผล					
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NR R INV	NR R INV	NR R INV	Neg Pos INC	Neg Pos INV	Neg Pos INV	NR R INV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รวมจำนวน ..... หลอด										

สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนาม  
วันที่ส่งตัวอย่าง.....  
.....  
เวลาที่ส่งตัวอย่าง.....  
.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)  
วันที่รับตัวอย่าง.....  
เวลาที่รับตัวอย่าง.....  
จำนวนตัวอย่าง.....  
ชื่อผู้รับตัวอย่าง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)  
วันที่แยกตัวอย่าง.....  
เวลาที่แยกตัวอย่าง.....  
จำนวนตัวอย่าง.....  
ชื่อผู้แยกตัวอย่าง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (พื้นที่)  
วันที่ตรวจตัวอย่าง.....  
เวลาที่ตรวจตัวอย่าง.....  
ชื่อผู้ตรวจตัวอย่าง.....