

## ใบขอส่งตรวจ Acid Phosphatase

ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....H.N.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด..... ประกอบอาชีพ.....

### **\*\* ข้อมูลต่อไปนี้เป็นส่วนสำคัญต่อการทดสอบ กรุณาเขียนตัวบรรจงและตอบให้ครบถ้วน \*\***

วันที่ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายก่อนครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

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

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

หลังเกิดเหตุ ผู้ป่วยได้มีการอาบน้ำหรือสวนล้างภายในหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่แพทย์ผู้ตรวจ **\*\* (กรุณาเขียนตัวบรรจง) \*\*** นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ประวัติและผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย

รายการส่งตรวจ Sterile swab ไม้ที่ 1 เก็บจากตำแหน่ง ☐ Vaginal ☐ Anus ☐ Oral ☐ .....ไม้ที่ 2 เก็บจากตำแหน่ง ☐ Vaginal ☐ Anus ☐ Oral ☐ .....ไม้ที่ 3 เก็บจากตำแหน่ง ☐ Vaginal ☐ Anus ☐ Oral ☐ .....

อื่น ๆ ระบุ .....

ข้อแนะนำในการเก็บส่งตรวจ 1. ใช้ Sterile swab ป้ายบริเวณที่สงสัยว่ามีคราบอสุจิพร้อมระบุ **Sampling sites**

2. Air dry ที่ room temp เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดเชื้อราบนตัวอย่าง

3. ใส่ซองกระดาษสะอาด ปิดซองพร้อม label ชื่อสกุลแล้วส่งพร้อมใบนำส่ง

หมายเหตุ: สิ่งส่งตรวจจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลา 1 ปีหลังจากวันที่ออกรายงานผล

ผู้จัดทำ นรสมณ มากำเนิด

(นางสาวนรสมณ มากำเนิด)

ผู้ตรวจสอบ กนกวิ เอี่ยมเจริญ

(นางสาวกนกวิ เอี่ยมเจริญ)

ผู้อนุมัติ [Signature]

(อ.นพ.วิระชัย สมัย)