

ใบส่งตรวจ RT – PCR for COVID

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – นามสกุล อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวประชาชน..... HN.....

ที่อยู่ในปัจจุบัน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันที่ส่งตรวจ.....วันที่เริ่มป่วย.....

อาการ.....

สถานที่ตรวจ/เก็บตัวอย่างส่งตรวจ ห้องตรวจ/แผนก.....โรงพยาบาล.....

เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

3. ข้อบ่งชี้ในการตรวจ

Pneumonia

ARI

High risk contact ผู้ป่วย index case ชื่อ.....

ผู้ป่วยต้องการ (ชำระเงิน)

ก่อนทำหัตถการ

PUI

Confirmed case จาก HI/CI

4. คำยินยอม

ข้าพเจ้า..... รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID – 19 และมี
ความยินยอมให้เก็บส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID – 19

ลงชื่อผู้ป่วยหรือผู้แทน

(.....)

ลงชื่อแพทย์/ผู้เก็บส่งตรวจ

(.....)