

ใบนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี-1 วิธี DNA-PCR
สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา 616/1 ม.2 ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา 90100
โทร 0-7433-0277, 0-7433-0211 มือถือ 08-64892038 โทรสาร (074) 330215 **รหัสสถานพยาบาล 14619**

สำหรับโรงพยาบาล/สถานพยาบาล (ผู้รับบริการ เป็นผู้กรอก)

กรณารอกข้อมูลตัวอย่างเด็กให้ครบถ้วน เพื่อสิทธิในการขอรับบริการตรวจฟรี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รหัสประจำตัวประชาชนเด็ก - - - - HN..... เพศ ชาย หญิง

รหัส NAP แม่ - เลขที่ใบส่งตรวจ PCR - -

วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... อายุเดือน.....วัน เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ข้อมูลการได้รับยาต้านของเด็ก ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุยา..... วันที่เริ่มรับยา.....

ข้อมูลการรับนมมารดา ไม่ได้รับ/ดื่มนมผง ดื่มนมมารดา ครั้งสุดท้าย (วัน.....เดือน.....ปี.....)

อาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ของเด็ก ไม่มีอาการ มีอาการ (ระบุ).....

มารดาได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกหรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ

ความเสี่ยงของทารกต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่

ความเสี่ยงทั่วไป (Standard risks)

Plasma Viral load (VL) ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ ≤ 50 copies/ml

ในกรณีไม่มีผล VL ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (HAART) > 12 สัปดาห์

ความเสี่ยงสูง (high risks)

VL ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ > 50 copies/ml แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ

ในกรณีไม่มีผล VL ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (HAART) ≤ 12 สัปดาห์ก่อนคลอด

ส่งตรวจ HIV - PCR ครั้งที่ PCR1 (อายุ ≥ 25 วัน) PCR2 (อายุ 2-4เดือน)

PCR3* (เด็กที่มีความเสี่ยงแต่ผล PCR1-2 เป็นลบ) PCR3** (กรณีผลตรวจขัดแย้ง)

PCR1- PCR2 และ PCR3** ตามสิทธิ์ สปสช. ส่งที่เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วประเทศ

ผู้เจาะ/ผู้เก็บตัวอย่าง..... วัน/เดือน/ปี/...../..... เวลา.....น.

ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน / ผู้ประสาน (โรงพยาบาล/สถานพยาบาล)

หน่วยงาน/รพ. ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน โทรศัพท์ โทรสาร

ผู้มีสิทธิ์รับใบรายงานผล ชื่อ-สกุล สถานที่ติดต่อ