

ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19

โรงพยาบาล/หน่วยบริการ.....HN/VN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....

วันที่รับบริการ.....

● ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป

○ อาการ.....

○ การตรวจร่างกาย.....

● ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19

○ ความเสี่ยงเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด* ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด (หรือใช้เอกสารแนบ).....

○ แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด.....

○ กรณีที่แพทย์ผู้ตรวจรักษามีดุลยพินิจว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรอง ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด.....

● คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19

○ Nasopharyngeal /throat swab for Real-time RT-PCR

○ Sputum exam for Real-time RT-PCR

○ อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....) เลข ว.

คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 (ควรมี)

ข้าพเจ้า.....รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID และมีความยินยอมให้เก็บส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้แทน.....

(.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เก็บส่งตรวจ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยบริการห้อง LAB-COVID19 ที่ส่ง specimen ไปตรวจ.....