

การส่งตัวอย่างวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้า

1. ชื่อที่อยู่ผู้ส่งตัวอย่าง

คำนำหน้า: ชื่อ-สกุล * -

ชื่อหน่วยงาน:

บ้านเลขที่: หมู่ที่:

ซอย: ถนน:

จังหวัด: * อำเภอ *

ตำบล: * รหัสไปรษณีย์:

โทรศัพท์:

2. ข้อมูลทะเบียน

เลขทะเบียนรับ: เลขที่ตัวอย่าง:

วันที่รับตัวอย่าง วันที่รับตัวอย่าง

จากเจ้าของ: ห้องแล็บ:

เวลาได้รับจากเจ้าของ: น. น. ชื่อแล็บ:

ผู้รับ:

3. ข้อมูลเจ้าของสัตว์

ที่อยู่เดียวกันกับผู้ส่งตัวอย่าง ที่อื่น

คำนำหน้า: ชื่อ-สกุล: -

ชื่อหน่วยงาน:

บ้านเลขที่: หมู่ที่:

ซอย: ถนน:

จังหวัด: อำเภอ:

ตำบล: รหัสไปรษณีย์:

โทรศัพท์:

4. สถานที่พบสัตว์สงสัย

บ้านเจ้าของ ที่ (ระบุชื่อสถานที่ เช่น วัด, สัตว์ อื่น ตลาด)

เลขที่: หมู่ที่:

ซอย: ถนน:

จังหวัด อำเภอ:

ตำบล: รหัสไปรษณีย์:

โทรศัพท์:

จำนวนสัตว์ที่เลี้ยงรวมกัน: ตัว

5. ข้อมูลสัตว์

ชนิดสัตว์: สุนัข แมว โค หนู กระต่าย อื่นๆ (ชนิดสัตว์ โค, หนู, กระต่าย, อื่นๆ ให้ระบุสายพันธุ์เอง)

ชื่อสัตว์: เพศ: ผู้ เมีย พันธุ์:

สี: วันเดือนปีเกิด:

ประวัติสัตว์: ไม่ทราบ เป็นสัตว์ไม่มี เป็นสัตว์มี ข้อมูล เจ้าของ เจ้าของ ลักษณะการเลี้ยง:

6. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ไม่ทราบ ไม่เคยฉีด เคยฉีด จำนวน: ครั้ง วันที่ฉีดครั้งสุดท้าย:

7. สัตว์เริ่มป่วย/มีอาการผิดปกติ

ไม่ทราบ สัตว์เริ่มป่วย/มีอาการผิดปกติ วันที่:

8. อาการผิดปกติที่พบ

เลือกทั้งหมด ยกเลิกทั้งหมด

<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ร้องพ่นไปทั่ว	<input type="checkbox"/> กัดกรง โข่ลามหรือสิ่งของรอบๆตัว
<input type="checkbox"/> เสียงเห่าหรือเสียงร้องผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปากอ้าล้นห้อยน้ำลายไหล	<input type="checkbox"/> เดินโซเซ
<input type="checkbox"/> ไข้หวัด ทุยปากเหมือนมีก้างติดคอ	<input type="checkbox"/> อาเจียน หรือทำท่าทางอาเจียนบ่อยๆ	<input type="checkbox"/> ตัวแข็งๆ
<input type="checkbox"/> กลืนน้ำลายหรืออาหารไม่ได้	<input type="checkbox"/> ตาวาวหรือขวาง	<input type="checkbox"/> ซึมชอบซุกตัวอยู่เงียบๆตามที่มี
<input type="checkbox"/> ดุร้าย	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) <input type="text"/>	

9.กััดคน/คนสัมผัสน้ำลาย

ข้อมูลผู้ถูกกััด

ไม่ทราบ ไม่กััดคน กััดคน

จำนวน : คน

ข้อมูลผู้สัมผัสน้ำลาย

ไม่ทราบ ไม่มีผู้สัมผัสน้ำลาย มีผู้สัมผัสน้ำลาย

จำนวน : คน

10.กััดสัตว์อื่น/สัตว์สัมผัสน้ำลาย

ข้อมูลสัตว์อื่นถูกกััด

ไม่ทราบ ไม่กััดสัตว์อื่น กััดกััดสัตว์อื่น

จำนวน : ตัว

ข้อมูลสัตว์สัมผัสน้ำลาย

ไม่ทราบ ไม่มีสัตว์สัมผัสน้ำลาย สัตว์สัมผัสน้ำลาย

จำนวน : ตัว

11.สาเหตุการตาย

ไม่ทราบ ทำให้ตายเอง อื่นๆ

วันที่ตาย :

12.ผลการวินิจฉัย

ตรวจไม่ได้ (ระบุสาเหตุ)

ผลบวกด้วยวิธี

--เลือก--

ผลลบด้วยวิธี

--เลือก--

วันที่ตรวจ :

วันที่แจ้งผล :

ผู้ตรวจ

ผู้รับรองผลการตรวจ

แนบไฟล์ผลการตรวจ

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

13.สอบสวนโรค

14.หมายเหตุ