



ศูนย์ตรวจวิเคราะห์และวิจัยทางการแพทย์
บริษัท กรุงเทพ อารีโอเอ แล็บ จำกัด

73 ลาดพร้าว 110 แยก 3 วังทองหลาง กทม. 10310

โทร. 0-2106-6999 แฟกซ์ : 0-2935-1854



Name Sex Age

HN Ward

Hospital/Clinic (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

Diagnosis Requested By

Collection date Collection time

ชนิดของตัวอย่าง Sample type [] Serum [] EDTA [] NaF [] Sodium Citrate [] Heparin [] Urine [] CSF [] อื่น ๆ

[] Stat ขอผลก่อนวัน เวลา [] โทร [] แฟกซ์ แจ้งผลที่หมายเลข

Request Form for SARS-CoV-2 (COVID-19)

Testing

SARS-CoV-2 Antibody IgG/IgM (Rapid Test) SARS-CoV-2 IgG (Quantitative) SARS-CoV-2 (COVID-19) Detection (RT-PCR)

Patient Information : ID/Passport Tel : E-mail :

Address :

Temperature :°C

Risk History

1. ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (Do you have new or worsening onset of any of the following symptoms?)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> มีไข้ (Fever) | <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ (Gasp for breath) | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ (Headache) |
| <input type="checkbox"/> ไอ (Cough) | <input type="checkbox"/> มีเสมหะ (Sputum) | <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว (Diarrhea, Watery) |
| <input type="checkbox"/> เจ็บคอ (Sore throat) | <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ (Muscle pain) | <input type="checkbox"/> อื่นๆ etc. (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล (Runny nose) | <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (Difficulty breathing) | |

2. ท่านมีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศ / พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนเริ่มป่วยหรือไม่

(In the last 14 days, have you had a history of traveling from abroad / areas affected by the Coronavirus 2019 prior to your illness?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

3. ภายใน 1 เดือน ที่ผ่านมามีคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวที่ร่วมอาศัยอยู่กับท่านเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องหรือไม่

(In the last 1 month, has someone close or family member who lived with you have traveled to a country with the 2019 coronavirus outbreak?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

4. คนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวร่วมอาศัยอยู่กับท่าน มีประวัติไข้ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว หรือหายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบากหรือไม่ (Has close person or family member who lives with you have a fever associated with respiratory symptoms such as cough, runny nose, sore throat, rapid breathing or tiredness or difficult to breathe?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

5. ท่านเป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบหรือไม่ (Are you a patient with respiratory symptom or pneumonia?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

6. ท่านเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ (Are you a patient with severe pneumonia? Any close person or family member death without cause?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

7. ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการหรือไม่ (Are you a healthcare professional / public health worker or laboratory officer?)

ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

8. ท่านเคยได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยวิธี RT-PCR หรือไม่ (Have you been diagnosed with COVID-19 (RT-PCR)?)

ใช่ (Yes) เมื่อวันที่ (Date)..... ไม่ใช่ (No)

9. ท่านเคยได้รับวัคซีนสำหรับ Covid-19 หรือไม่ (Have you been vaccinated for COVID-19?)

ใช่ (Yes) Vaccine :
1st dose (Date)..... 2nd dose (Date).....
 ไม่ใช่ (No)

CODE