

แบบส่งตรวจวิเคราะห์คราบอสุจิ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ชื่อ-สกุล :..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา..... วันที่เก็บตัวอย่าง.....เวลา.....

สถานที่เก็บตัวอย่าง.....

ประวัติเบื้องต้น: ผู้เสียหายเคยมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจก่อนเกิดเหตุหรือไม่

☐ เคย เมื่อวันที่.....

☐ ไม่เคย

ผู้เสียหายมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....

ผู้เสียหายได้ชำระล้างช่องคลอดหลังเกิดเหตุหรือไม่ ☐ ล้าง ☐ ไม่ล้าง

ผลการตรวจโดยย่อ :

.....
.....
.....

ตำแหน่งเก็บสิ่งส่งตรวจ ☐ Introitus ☐ Posterior fornix ☐ Cervix

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจและเก็บตัวอย่าง

()

ตำแหน่ง.....

การตรวจหาตัวอสุจิ (Wet smear for sperm : ☐ ไม่ได้ตรวจ

☐ ตรวจไม่พบอสุจิ ☐ ตรวจพบอสุจิ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

()

ตำแหน่ง.....

ผลการตรวจหา Semen Acid Phosphatase : ☐ Negative ☐ Positive

ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจาก.....

สรุปผล : ☐ ตรวจพบคราบอสุจิในตัวอย่าง

☐ ตรวจไม่พบคราบอสุจิในตัวอย่าง

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

()

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

()

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....