

โรงพยาบาลวังเจ้า

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

โทรศัพท์ ๐๕๕ - ๕๙๓ ๐๖๐ ต่อ ๑๐๕

แบบรายงานผลการทดสอบเบื้องต้นสารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

ชื่อ - สกุล เจ้าของตัวอย่าง.....HN.....อายุ.....ปี

เพศ : () ชาย () หญิง

วันที่เก็บตัวอย่าง.....เวลา.....น.

ผู้นำส่งตรวจ..... ดำรวจภูธรวังเจ้า

วันที่ส่งตรวจ วันที่.....เวลา.....น.

รูปแบบการนำส่ง : () นำตัวผู้ต้องสงสัยมาเก็บตัวอย่างปัสสาวะ () ส่งเฉพาะตัวอย่างปัสสาวะ

ลักษณะตัวอย่าง : ปัสสาวะบรรจุขวดพลาสติกปิดสนิท แจกชื่อเจ้าของปัสสาวะพร้อมลายมือชื่อ

ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นทางอิมโมโนวิทยา (Immunoassay)

สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

() ตรวจไม่พบสารในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในตัวอย่างปัสสาวะ

() ตรวจพบสารในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมากกว่า ๑ ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ในตัวอย่างปัสสาวะ

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจ/ผู้รายงาน)

()

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

วันที่ตรวจ.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้รับรองผล)

()

ตำแหน่ง.....

แนวทางการจัดการตัวอย่างหลังการตรวจ

() ผู้ส่งตรวจชื่อ.....ขอรับปัสสาวะกลับ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

() ผู้ส่งตรวจฝากให้ห้องปฏิบัติการทำลายปัสสาวะทิ้งหลังจากการตรวจ โดยความเห็นชอบของผู้ส่ง