แบบรายงาน 1

แบบรายงานผลการตรวจเลือดเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อ.....................................................สกุล........................................................รหัส............................

อายุ.........................ปี สถานที่ปฏิบัติราชการ..................................................................................

วันที่ได้รับอุบัติเหตุ.....................................................................เวลา................................................

สาเหตุจาก(อธิบายลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ)..............................................................................................

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

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

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 1 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 2 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 3 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

กรณีเสี่ยงสูงเจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 4 วันที่..........................ผลเลือด................................

ลายชื่อผู้รับรองผลเลือด สถานที่ตรวจเลือด งานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร

1.....................................................ผู้เจาะเลือด

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

2.....................................................ผู้ตรวจเลือด

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

3.....................................................หัวหน้าหน่วยงานพยาธิวิทยา

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

แบบรายงานผลการตรวจเลือดคู่สมรสเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อ.....................................................สกุล........................................................รหัส............................

อายุ.............ปี คู่สมรสของเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับอุบัติเหตุฯ(ชื่อ-สกุล)......................................................

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน........................................................................................................

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 1 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 2 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

เจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 3 วันที่.......................................ผลเลือด.......................................

กรณีเสี่ยงสูงเจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 4 วันที่..........................ผลเลือด................................

ลายชื่อผู้รับรองผลเลือด สถานที่ตรวจเลือด งานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร

1.....................................................ผู้เจาะเลือด

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

2.....................................................ผู้ตรวจเลือด

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

3.....................................................หัวหน้าหน่วยงานพยาธิวิทยา

 (.................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................