

結核病代檢網分枝桿菌/IGRA 送驗單

# 檢體編號 Bar-Code	【由檢驗科貼上 Bar-Code】	# 身分證字號/護照號碼	
系統檢體編號		# 病歷號碼	
# 個案姓名		# 性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
# 個案身分	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 非本國	國籍	
# 個案居住地			
# 出生日期	民國 年 月 日	# 健保卡序號	
# 採檢日	民國 年 月 日	送驗日	民國 年 月 日
# 送檢單位代碼	屏東榮民總醫院	送驗單位傳真	
送驗聯絡人		送驗單位電話	08-7557885
# 指定收件單位	合約實驗室：衛生署胸腔病院	建檔日	
# 檢體種類	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 腦脊髓液 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 氣管洗出液 <input type="checkbox"/> 陽性培養菌株 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 病理切片 <input type="checkbox"/> 消化去污後痰 ※如選其他，請註明 _____		
送驗項目	<input type="checkbox"/> 抹片 <input type="checkbox"/> 培養菌種 <input type="checkbox"/> 鑑定 <input type="checkbox"/> 一線藥敏 <input type="checkbox"/> 二線藥敏 <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> 群聚事件 <input type="checkbox"/> 分生檢測 <input type="checkbox"/> GenoType <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> 其他，請註明 _____		
# 抗結核菌藥物	<input type="checkbox"/> 未用藥物 <input type="checkbox"/> 服用 < 2 週 <input type="checkbox"/> 服用 > 2 週		
# 病患就醫日期	民國 年 月 日	# 是否為初次檢驗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (含重開案)

為必要填寫欄位，若資料不齊全則退件處理。