



# ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการแบคทีเรียวิทยา ศูนย์ชั้นสูตรโรคลัตว์

## Veterinary Diagnostic Bacteriology Laboratory Request Form

Tel. 053-948041, 053-948042 Mobile phone 094 6362641 Fax. 0-5394-8041

E-mail vet\_diag@cmu.ac.th Line ID: Vet\_diag

OPD. No. ....

CASE No. ....

DATE .....

(For official use only)

SENDER (Veterinarian).....Tel.....

SPECIES.....Animal name.....BREED.....SEX.....AGE.....

HISTORY/CLINICAL SIGNS/DIAGNOSIS.....

DATE and TIME of COLLECTION.....

(For laboratory personal only)

[ ลักษณะตัวอย่างจากการตรวจสอบ ]

- วันที่รับตัวอย่าง .....
- เวลารับตัวอย่าง.....
- วันหมดอายุชุดสวอป .....
- ตัวอย่างมีความเหมาะสม
- ฝาตัวอย่างปิดไม่สนิท
- มีของเหลวไหลจากหลอด transport media
- .....

### SAMPLES (Please fill in specimen type/formation clearly)

<\*>ระบุรายละเอียดตำแหน่งที่เก็บ รวมทั้งระบุด้านซ้าย [L] หรือขวา [R]

Number	Number
<input type="checkbox"/> Swab collection set *Site.....[L][R]* .....	<input type="checkbox"/> Tissue/biopsy *Site.....[L][R]* .....
<input type="checkbox"/> Swab.....® *Site.....[L][R]* .....	<input type="checkbox"/> Body fluid *Site.....[L][R]* .....
<input type="checkbox"/> Aspirate *Site.....[L][R]* .....	<input type="checkbox"/> Blood (clotted) .....
	<input type="checkbox"/> Blood (EDTA) .....
<input type="checkbox"/> Urine (midstream) .....	<input type="checkbox"/> CSF .....
<input type="checkbox"/> Urine (catheter) .....	<input type="checkbox"/> Feces .....
<input type="checkbox"/> Urine .....	<input type="checkbox"/> Pus .....
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

(For laboratory personal only)

Remark(s):.....  
.....  
.....

### Bacterial identification and drug sensitivity test

[ Bacterial identification ]	[ Drug sensitivity ]	[ คำแนะนำสำหรับการเก็บตัวอย่างเบื้องต้น ]						
<input type="checkbox"/> <i>Actinobacillus spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Actinomyces spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Aeromonas spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Bordetella spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Corynebacterium spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterobacter spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Listeria spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Pasteurella spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Proteus spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Yersinia spp.</i> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Amikacin <input type="checkbox"/> Amoxicillin <input type="checkbox"/> Amoxicillin/clavulanate <input type="checkbox"/> Ampicillin <input type="checkbox"/> Bacitracin <input type="checkbox"/> Ceftazidime <input type="checkbox"/> Ceftiofur <input type="checkbox"/> Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Cephalexin <input type="checkbox"/> Cephazolin <input type="checkbox"/> Cephalothin <input type="checkbox"/> Chloramphenicol <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin <input type="checkbox"/> Clindamycin <input type="checkbox"/> Cloxacillin <input type="checkbox"/> Colistinsulphate <input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Enrofloxacin <input type="checkbox"/> Erythromycin <input type="checkbox"/> Fosfomycin <input type="checkbox"/> Furazolidone	<input type="checkbox"/> Gentamicin <input type="checkbox"/> Imipenem <input type="checkbox"/> Kanamycin <input type="checkbox"/> Lincomycin <input type="checkbox"/> Neomycin <input type="checkbox"/> Nitrofurantoin <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Novobiocin <input type="checkbox"/> Optochin <input type="checkbox"/> Oxytetracyclin <input type="checkbox"/> Penicillin G <input type="checkbox"/> Polymyxin B <input type="checkbox"/> Rifampisin <input type="checkbox"/> Streptomycin <input type="checkbox"/> Tetracyclin <input type="checkbox"/> Trimethoprim/sufa <input type="checkbox"/> Lincomycin <input type="checkbox"/> Tobramycin <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....						
		<table border="1"> <tr> <td>Swab, pus</td> <td>ส่งโดยเร็วโดยใส่ใน transport media ปิดฝาสนิทไม่มีของเหลวไหลออกมาจากหลอด และต้องแช่เย็นเสมอ</td> </tr> <tr> <td>Blood</td> <td>ใส่เลือด 1-5 ml. ในขวดเพาะเชื้อให้เหมาะสมกับชนิดของเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>Urine</td> <td>เก็บ 5-10 ml. ส่งที่อุณหภูมิห้องภายใน 1 ชั่วโมง หรือ แช่เย็นได้ไม่เกิน 24 ชม. +++การส่งตัวอย่างปัสสาวะต้องส่งตรวจ total bacterial count ทุกครั้ง+++</td> </tr> </table>	Swab, pus	ส่งโดยเร็วโดยใส่ใน transport media ปิดฝาสนิทไม่มีของเหลวไหลออกมาจากหลอด และต้องแช่เย็นเสมอ	Blood	ใส่เลือด 1-5 ml. ในขวดเพาะเชื้อให้เหมาะสมกับชนิดของเชื้อ	Urine	เก็บ 5-10 ml. ส่งที่อุณหภูมิห้องภายใน 1 ชั่วโมง หรือ แช่เย็นได้ไม่เกิน 24 ชม. +++การส่งตัวอย่างปัสสาวะต้องส่งตรวจ total bacterial count ทุกครั้ง+++
Swab, pus	ส่งโดยเร็วโดยใส่ใน transport media ปิดฝาสนิทไม่มีของเหลวไหลออกมาจากหลอด และต้องแช่เย็นเสมอ							
Blood	ใส่เลือด 1-5 ml. ในขวดเพาะเชื้อให้เหมาะสมกับชนิดของเชื้อ							
Urine	เก็บ 5-10 ml. ส่งที่อุณหภูมิห้องภายใน 1 ชั่วโมง หรือ แช่เย็นได้ไม่เกิน 24 ชม. +++การส่งตัวอย่างปัสสาวะต้องส่งตรวจ total bacterial count ทุกครั้ง+++							
		<p style="text-align: center;"><b>VITEK 2®</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Bacterial Identification         <input type="checkbox"/> Drug sensitivity (MIC)         <div style="margin-left: 10px;"> </div> </div> <p>*ในกรณีผลความไวยาปฏิชีวนะให้เลือกชนิดของ card ที่ต้องการทุกครั้ง</p> <p>✓แกรมบวก <input type="checkbox"/> AST-GP76 <input type="checkbox"/> AST-GP79</p> <p>✓แกรมลบ <input type="checkbox"/> AST-GN97 <input type="checkbox"/> AST-GN96</p>						

Remark:.....

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

\*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน