



ទំរង់ស្នើសុំធ្វើពិសោធន៍

Laboratory Request Form

កំណែថ្ងៃទី ០១ កុម្ភៈ ២០២២
Updated on 01 Feb 2022

ខេត្ត/គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល: <i>Province/Health Facility :</i>	កាលបរិច្ឆេទ <i>Date/日期</i>	
បំណងនៃការធ្វើតេស្ត <i>Reasons for testing</i> <small>测试目的</small>	<input type="checkbox"/> សង្ស័យ <input type="checkbox"/> រលាកសួត <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកពេទ្យ <input type="checkbox"/> ពលករ <i>Suspect/ 懷疑 Pneumonia/ 肺炎 HCW/ 医护人员 Migrants/ 劳工</i>	
	<input type="checkbox"/> ប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺកូវីដ១៩ ឈ្មោះ: _____ ប្រភេទការប៉ះពាល់: <input type="checkbox"/> ផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> មិនផ្ទាល់ <i>Contact with COVID cases / 新型冠状病毒病毒密切接触者 Type of contact Direct Indirect</i>	
	<input type="checkbox"/> តាមដាន <input type="checkbox"/> តាមដានអ្នកជំងឺកូវីដ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <i>Follow-up/ 複查 Follow-up COVID patient/ 複查 Other/ 其他</i>	
ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ/Patient information/ 患者信息		
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ <i>Patient Name/ 患者姓名</i>		លេខសំគាល់ <i>Patient ID</i>
ភេទ <i>Sex / 性别</i>	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <i>Male / 男 Female / 女</i>	អាយុ <i>Age / 年龄</i>
មុខរបរបច្ចុប្បន្ន <i>Occupation/ 职业</i>		សញ្ជាតិ <i>Nationality / 国籍</i>
មុខរបរបច្ចុប្បន្ន <i>Occupation/ 职业</i>		លេខទូរស័ព្ទ <i>Telephone/ 电话</i>
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន <i>Address / 地址</i>	កន្លែងស្នាក់នៅ..... លេខផ្ទះ:..... លេខផ្លូវ:..... <i>Residence 住所 House 家 Street 路号</i> ភូមិ..... ឃុំ..... ស្រុក..... ខេត្ត..... <i>Village 乡村 Commune 公社 District 区 Province 省</i>	
រោគសញ្ញាក្លិនិក <i>Clinical Symptom 临床症状</i>	<input type="checkbox"/> គ្រុនក្តៅ <input type="checkbox"/> ក្អក <input type="checkbox"/> ហៀរសំបោរ <input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក <input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម <input type="checkbox"/> គ្មាន <i>Fever 发烧 Cough 咳嗽 Runny Nose 流鼻涕 Sore Throat 喉咙痛 Difficulty Breathing 呼吸困难 None 没有症状</i>	
ថ្ងៃចេញរោគសញ្ញា <i>Date of onset / 发病日期</i>	<input type="checkbox"/> គ្រុនក្តៅ <input type="checkbox"/> ក្អក <input type="checkbox"/> ហៀរសំបោរ <input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក <input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម <input type="checkbox"/> គ្មាន <i>Fever 发烧 Cough 咳嗽 Runny Nose 流鼻涕 Sore Throat 喉咙痛 Difficulty Breathing 呼吸困难 None 没有症状</i>	ធ្លាប់កើតជំងឺកូវីដ-១៩ឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន ថ្ងៃតេស្ត: <i>History of COVID-19 positive? No Yes Test Date:</i> 你曾经有过新冠肺炎病毒吗? 没有 有 检测日期
ប្រវត្តិជំងឺប្រចាំកាយ <i>Co-morbidity</i>	<input type="checkbox"/> លើសឈាម <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង <input type="checkbox"/> ខ្សោយតម្រងនោម <input type="checkbox"/> ធ្លាក់ <input type="checkbox"/> មានផ្ទៃពោះ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <i>Hypertension Diabetes Cardiopath CKD Obesity Pregnant Other</i>	
ប្រវត្តិធ្វើដំណើរ <i>Travel history/ 旅行历史</i>	ឈ្មោះខេត្ត/ប្រទេស <i>Province/Country 国家名称</i>	ថ្ងៃមកដល់ <i>Date of arrival 到达日期</i>
	លិខិតឆ្លងដែន/អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ <i>Passport No / 护照号</i>	លេខកៅអី <i>Seat No/ 座号</i>
	ប្រទេសដែលបានធ្វើដំណើរក្នុងរយៈពេល ១៤ ថ្ងៃ មុនមកដល់កម្ពុជា។ 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	
ការចាក់ប្តូរវ៉ាក់សាំង <i>Vaccination Status</i>	<input type="checkbox"/> មិនបានចាក់ <input type="checkbox"/> លើកទី១/ 1 st dose <input type="checkbox"/> លើកទី២/ 2 nd dose <input type="checkbox"/> លើកទី៣/ 3 rd dose <input type="checkbox"/> លើកទី៤/ 4 th dose <i>Not vaccinated ថ្ងៃទទួល..... ថ្ងៃទទួល..... ថ្ងៃទទួល..... ថ្ងៃទទួល.....</i>	
ប្រភេទវ៉ាក់សាំង <input type="checkbox"/> Sinopharm <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna		
ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍/Laboratory		
ទីកន្លែងប្រមូលវត្ថុវិភាគ <i>Place of collection</i>		ថ្ងៃយកវត្ថុវិភាគ <i>Date of collection</i>
ប្រភេទវត្ថុវិភាគ <i>Type of specimen</i>	<input type="checkbox"/> ច្រមុះ <input type="checkbox"/> បំពង់ក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <i>Nasopharyngeal Oropharyngeal Others.....</i>	មន្ទីរពិសោធន៍ <input type="checkbox"/> IPC <input type="checkbox"/> NIPH <input type="checkbox"/> PKML <input type="checkbox"/> NBTC <input type="checkbox"/> SRH <input type="checkbox"/> BTB <input type="checkbox"/> SHV
វត្ថុវិភាគលើកទី(គូសរង្វង់) <i>N° of Sample (circle)</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	
អ្នកស្នើសុំ/Requested by	អ្នកប្រមូលសំណាក/Collected by.....	
លេខទូរស័ព្ទ/Telephone	លេខទូរស័ព្ទ/Telephone..... ហត្ថលេខា/Signature	