|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ พจ ๐๐32....../ |  | โรงพยาบาล...................................อำเภอ................... พจ ๖๖๑๘๐ |

 ธันวาคม 2561

เรื่อง ขอส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจ Measle IgM ตามโครงการกำจัดโรคหัด

# เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยโรคหัดตามโครงการกำจัดหัด จำนวน ฉบับ

 2. แบบ ME1 Form จำนวน ฉบับ

 3. ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (Serum เพื่อตรวจ Measle IgM) จำนวน ตัวอย่าง

 ด้วย โรงพยาบาล............................... จ.พิจิตร ได้พบผู้ป่วยเข้านิยามสำหรับการเฝ้าระวังโรคหัดตามเกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) จำนวน.........ราย เพศ........ อายุ.........ปี เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ได้ทำการวินิจฉัย Measles ทีม SRRT ได้ดำเนินการสอบสวนโรคพร้อมเก็บตัวอย่างส่งตรวจ และแจ้งพื้นที่เพื่อทำการควบคุมป้องกันโรคแล้ว รายละเอียดแนบเรียนมาพร้อมนี้

 ในการนี้ โรงพยาบาล..................................... จ.พิจิตร ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน ในการตรวจตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ หากมีค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ ขอความกรุณาเรียกเก็บไปที่โครงการกำจัดหัด (Reporting criteria) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

 ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงาน.................................................................

# โทร. ......................................................................

# โทรสาร…………………………………………………………

ผู้ประสานงาน........................................................................หมายเลขโทรศัพท์..................................

**หมายเหตุ** สำเนาผลการตรวจนำเรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |