แบบฟอร์มส่งเชื้อโครงการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

โรงพยาบาล.....วันที่ส่งเชื้อ.....ผู้ส่งเชื้อ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

WHONET file/ วันเดือนปี รับตย.	HN.	Lab no.	ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย (ตัวบรรจง)	อายุ	specimen	ชื่อเชื้อที่สงสัย	ลำดับชื่อรายการทดสอบ	การทดสอบที่ต้องการ					NIH no.
								ID	KB	MIC			
										PG	CTX	VAN	