

แบบส่งตรวจวิเคราะห์คราบอสุจิ  
 กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ชื่อ-สกุล : ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่เกิดเหตุ..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... วันที่เก็บตัวอย่าง..... เวลา.....

สถานที่เก็บตัวอย่าง.....

ประวัติเบื้องต้น: ผู้เสียหายเคยมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจก่อนเกิดเหตุหรือไม่

เคย เมื่อวันที่.....

ไม่เคย

ผู้เสียหายมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....

ผู้เสียหายได้ชำระล้างช่องคลอดหลังเกิดเหตุหรือไม่  ล้าง  ไม่ล้าง

ผลการตรวจโดยย่อ :

.....  
 .....

ตำแหน่งเก็บสิ่งส่งตรวจ  Introitus  Posterior fornix  Cervix  
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจและเก็บตัวอย่าง

( )

ตำแหน่ง.....

การตรวจหาตัวอสุจิ (Wet smear for sperm) :  ไม่ได้ตรวจ  
 ตรวจไม่พบอสุจิ  ตรวจพบอสุจิ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

( )

ตำแหน่ง.....

ผลการตรวจหา Semen Acid Phosphatase

<input type="checkbox"/> Introitus	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก
<input type="checkbox"/> Posterior fornix	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก
<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก

ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจาก.....

แปลผลการตรวจ Semen acid phosphatase ให้ผลลบ : ตรวจไม่พบสารประกอบของน้ำอสุจิในตัวอย่างส่งตรวจ

ให้ผลบวก : ตรวจพบสารประกอบของน้ำอสุจิในตัวอย่างส่งตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....

หมายเหตุ กรุณาใช้สำเนา 1 ฉบับทุกครั้งที่ส่งตรวจ และกรุณาส่งใบแจ้งความ 1 ฉบับ

แบบส่งตรวจวิเคราะห์คราบอสุจิ  
 กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ชื่อ-สกุล : ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่เกิดเหตุ..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... วันที่เก็บตัวอย่าง..... เวลา.....

สถานที่เก็บตัวอย่าง.....

ประวัติเบื้องต้น: ผู้เสียหายเคยมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจก่อนเกิดเหตุหรือไม่

เคย เมื่อวันที่.....

ไม่เคย

ผู้เสียหายมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....

ผู้เสียหายได้ชำระล้างช่องคลอดหลังเกิดเหตุหรือไม่  ล้าง  ไม่ล้าง

ผลการตรวจโดยย่อ :

.....  
 .....

ตำแหน่งเก็บสิ่งส่งตรวจ  Introitus  Posterior fornix  Cervix  
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจและเก็บตัวอย่าง

( )

ตำแหน่ง.....

การตรวจหาตัวอสุจิ (Wet smear for sperm) :  ไม่ได้ตรวจ  
 ตรวจไม่พบอสุจิ  ตรวจพบอสุจิ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

( )

ตำแหน่ง.....

ผลการตรวจหา Semen Acid Phosphatase

<input type="checkbox"/> Introitus	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก
<input type="checkbox"/> Posterior fornix	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก
<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> ให้ผลลบ	<input type="checkbox"/> ให้ผลบวก

ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจาก.....

แปลผลการตรวจ Semen acid phosphatase ให้ผลลบ : ตรวจไม่พบสารประกอบของน้ำอสุจิในตัวอย่างส่งตรวจ

ให้ผลบวก : ตรวจพบสารประกอบของน้ำอสุจิในตัวอย่างส่งตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่ตรวจ/รับรอง.....

หมายเหตุ กรุณาใช้สำเนา 1 ฉบับทุกครั้งที่ส่งตรวจ และกรุณาส่งใบแจ้งความ 1 ฉบับ