



แบบสำรวจความสนใจในการเข้าร่วมการทดสอบการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยทีบี-แลมป์

ชื่อ-สกุล.....
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....
E-mail.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ต้องการ

- ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ ทีบี-แลมป์
 สนใจ พร้อมการทดสอบ (โปรดตอบข้อ 2) สนใจ แต่ไม่พร้อมเข้าร่วมการทดสอบ
 ไม่สนใจ
- อุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทดสอบทีบี-แลมป์
 - อ่างน้ำอุ่นควบคุมอุณหภูมิให้คงที่ 65°C มี ไม่มี
 - ที่ดูดจ่ายสารละลาย มี ไม่มี
 - เครื่องปั่นตกตะกอนขนาดเล็ก มี ไม่มี

เงื่อนไข ขั้นตอน และช่องทางในการติดต่อเข้าร่วมการทดสอบวินิจฉัยโรคด้วย ทีบี-แลมป์

เงื่อนไข	
1	เป็นห้องปฏิบัติการที่มีอ่างน้ำอุ่น (water bath) หรือเครื่องให้ความร้อนที่ควบคุมอุณหภูมิคงที่ 65 องศาเซลเซียส
2	เป็นห้องปฏิบัติการผ่านการทดสอบความสามารถในการตรวจวินิจฉัยโรค ทีบี-แลมป์ หรือ มีโครงการจะพัฒนางานตรวจวินิจฉัยโรคหรือผ่านการอบรมวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคด้วย ทีบี-แลมป์
ขั้นตอนการเข้าร่วมการทดสอบวินิจฉัยโรคด้วยทีบี-แลมป์	
1	ตอบแบบสำรวจความสนใจในการเข้าร่วมโครงการตรวจวินิจฉัยโรคด้วย ทีบี-แลมป์
2	ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อรับการถ่ายทอดเทคนิคและชุดทดสอบความชำนาญ
3	รพ. ทดสอบความชำนาญ และส่งผลการทดสอบความสามารถในการตรวจให้เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
4	เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ แจ้งผลทดสอบความสามารถในการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยทีบี-แลมป์
5	เมื่อผ่านการทดสอบความสามารถแล้ว รับชุดน้ำยา ทีบี-แลมป์ เพื่อตรวจตัวอย่าง
6	ดำเนินการตรวจตัวอย่าง และบันทึกผลการตรวจ ส่งให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์รวบรวม
ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม	
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในพื้นที่สาธารณสุขเขตของท่าน
2	คุณสุปราณี บุญชู (e-mail: supraneeb.b@dmsc.mail.go.th) หรือ คุณพายุ รักดีตินวน (payu.b@dmsc.mail.go.th) ห้องปฏิบัติการมัยโคแบคทีเรีย กลุ่มงานแบคทีเรียวิทยาทางการแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จ. นนทบุรี โทรศัพท์ 02 5801567