

BỘ (SỞ) Y TẾ.....
 Tên đơn vị.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ngày tháng năm 20...

Kính gửi:

PHIẾU TRẢ LỜI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HIV

(Dùng trả cho đơn vị gửi mẫu xét nghiệm)

Ngày nhận mẫu:.....

Ngày xét nghiệm:.....

S T T	HỌ TÊN	MÃ SỐ	NĂM SINH		ĐỊA CHỈ	ĐỐI TƯỢNG	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM				KẾT LUẬN	GHI CHÚ
			N a m	N ữ			SP 1 (ghi rõ tên SP)	SP 2 (ghi rõ tên SP)	SP3 (ghi rõ tên SP)	Kỹ thu ật khá c		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

(Chú ý: Đi kèm phiếu này là trích lục từng kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân theo mẫu số 6, phụ lục này).

PHỤ TRÁCH PHÒNG XÉT NGHIỆM
(Ký, ghi rõ họ tên)

Lưu ý: Cách ghi các cột:

- (2,3) Họ tên và mã số của bệnh nhân.
- (3,4) Năm sinh, trường hợp trẻ dưới 2 tuổi thì ghi rõ ngày tháng năm sinh.
- (5) Địa chỉ của bệnh nhân: Ghi Xã/Phường, quận/huyện, tỉnh/thành phố.
- (6) Đối tượng: Ghi rõ: Nghiện chích ma túy, mại dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ mang thai
- (7,8,9,10) Kết quả xét nghiệm: Ghi rõ âm tính, dương tính, nghi ngờ; Tên sinh phẩm (SP1, SP2, SP3): ghi rõ tên sinh phẩm hiện đang sử dụng.
- (11) Kết luận: Ghi rõ âm tính, dương tính hay không xác định.