แบบฟอร์ม การส่งน้ำยาเก็บตัวอย่างอุจจาระ

รพ.สต. .......................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขบัตรประชาชน | วันที่เก็บตัวอย่างอุจจาระ | วันที่ตรวจ | ผลการตรวจ FIT Test | หมายเหตุ |
| ผลบวก | ผลลบ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 ลงชื่อ..........................................................ผู้ส่ง ลงชื่อ................................................................ผู้แปลผล FIT test

 เจ้าหน้าที่ รพ............................................... วันที่...................................................................

 วันที่...........................................................