UJIAN POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) UNTUK HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DI KALANGAN BAYI

Spesimen yang diperlukan: 2.5ml darah **EDTA** dari bayi
Darah hendaklah dihantar serta-merta kepada Makmal Rujukan Kebangsaan AIDS (NARL), Institut Penyelidikan Perubatan, Institut Kesihatan Negara, Setia Alam,Selangor. Tel: 03-3362 8114

Hospital:	Wad/Clinic:

No NARL Untuk Kegunaan NARL Sahaja	Nama Pesakit:			No Pendaftran: No K/P:
	Tarikh Lahir:	Umur:	Jantina:	Keturunan:
	AZT diberikan: O Tidak O Ya, tarikh diberi dari: hingga			
	Kesan-kesan klinikal: O Asimptomatik O Simptom: (nyatakan)			

No NARL Untuk Kegunaan NARL Sahaja	Nama Ibu:		No Kad Pengenalan/Passport:
	Umur:	Keturunan:	Aktiviti risiko (jika ada):
	AZT diberikan masa antenatal: OTidak OYa, tarikh diberi dari: hingga		
	Keputusan ujian anti-HIV: O Positif O Negatif		Makmal yang menjalankan ujian:

	Nama Bapa:		No Kad Pengenalan/Passport:
	Umur:	Keturunan:	Aktiviti risiko (jika ada):
	Keputusan ujian anti-HIV: O Positif O Negatif		Makmal yang menjalankan ujian:

Tarikh darah di ambil:

Nama doktor yang minta ujian:

_____

_____
Tandatangan

Chop:

Untuk Kegunaan NARL:	
Blood Received:	
Received: O Clotted O EDTA O Serum _____ml	O Plasma (____ml) O Serum (____ml) O Clear O Lysed O Turbid

No Tel :

Tarikh : _____