Reset Form

ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်ဆည်းထားသည့်သွေးစက် (Dried Blood Spot) အား သိမ်းဆည်းရန် တောင်းဆိုခြင်း

ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 57494 (8-24) / ဖောင်ပုံစံ S

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန
မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်း အစီအစဉ်

သင့်ကလေး၏ ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့်သွေးစက်နမူနာကို ရယူပြီးချိန်မှ (၃)နှစ်အထိ **သိမ်းဆည်းထားရန်** ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်း၍ မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်းအစီအစဉ်(GNBS) သို့ပေးပို့ပြီး တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်၏တောင်းဆိုချက် အကျုံးဝင်ကြောင်း သေချာစေရန် အောက်ပါစံနှုန်းများကို ဖတ်ပါ။

- သွေးနမူနာကို လွန်ခဲ့သော (၆)လမတိုင်ခင်က ရယူခဲ့ပြီး၊ နမူနာရယူခဲ့သည့်အချိန်၌ သဘောတူခဲ့သော ရွေးချယ်မှုကို ပြောင်းလဲ၍ သွေးနမူနာကို (၃)နှစ်တာကာလအထိ သိမ်းဆည်းလိုပါက ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်း၍ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
- မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်း၍ စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများ ထပ်မံပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ခဲ့ပါက ရရှိနိုင်ရန် သွေးနမူနာများအားလုံးကို ရယူသည့်အချိန်မှ (၆)လကြာသည်အထိ သိမ်းဆည်းထားပါသည်။
- သွေးနမူနာ ရယူသည့်အချိန်တွင် အဆိုပါ ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့်သွေးစက် နမူနာအား မသိမ်းဆည်းရန် ရွေးချယ်ပြီး လက်မှတ်ထိုးခဲ့ပါက နမူနာရယူပြီးအသည့်အချိန်မှ (၆)လအကြာတွင် ထိုသွေးနမူနာကို ဖျက်ဆီးမည် ဖြစ်ပါသည်။ သက်တမ်း(၆)လထက်ကျော်လွန်သော သွေးနမူနာများကို ဖျက်ဆီးပြီး ဖြစ်သဖြင့် သိမ်းဆည်းရန်တောင်းဆိုမှုများအား ဆောင်ရွက်နိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၊ မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်း အစီအစဉ်(GNBS)မှ သင့်ကလေး၏ ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့်သွေးစက်နမူနာကို သိမ်းဆည်းရန် အချက်အလက်အချို့ လိုအပ်ပါသည်။

အောက်ပါကွက်လပ်များတွင် ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့်သွေးစက်နမူနာကို သိမ်းဆည်းရန် တောင်းဆိုခံရသည့်ကလေး၏ မှန်ကန်သောအချက်အလက်များကို ဖြည့်သွင်းပါ။

မွေးဖွားချိန်တွင် ကလေး၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်	ကလေးမွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ *(လ၊ ရက်၊နှစ်)*
မွေးဖွားရာနေရာ *(အင်ဒီယားနားပြည်နယ်တွင်းဆေးရုံအမည်/ ကလေးမွေးဖွားရာဒေသမှ သားဖွားဆရာမအမည်)*	
မွေးမိခင်၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်	မွေးမိခင်၏ အိမ်ထောင်မကျမီ မျိုးရိုးအမည်
တောင်းဆိုသူ၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်	တောင်းဆိုသူနှင့် ကလေး တော်စပ်ပုံ
တောင်းဆိုသူ၏လိပ်စာ *(အိမ်အမှတ်နှင့် လမ်းအနည်၊ မြို့၊ ပြည်နယ် နှင့် ဇစ်ကုဒ်)*	
တောင်းဆိုသူ၏ ဖုန်းနံပါတ် ( )	တောင်းဆိုသူ၏ E-mail

အထက်ဖော်ပြပါ အမည်ရှိကလေး၏ ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့်သွေးစက်နမူနာကို **သိမ်းဆည်းရန်** ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုပါသည်။ ဤ **သိမ်းဆည်းရန်** တောင်းဆိုချက်အား အကောင်အထည်ဖော်ရန် အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် ပြည်နယ်နှင့်စာချုပ်ချုပ်ဆိုထားသော မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေး ဓာတ်ခွဲခန်းတို့ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။	
တောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်	တောင်းဆိုသည့်နေ့စွဲ *(လ၊ ရက်၊ နှစ်)*