แบบ 7500

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วันที่เกิดอุบัติเหตุ.........เดือน........................พ.ศ..............เวลา.............

ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง................................................

สังกัด โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัด กำแพงเพชร ขอยื่นรายงานต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อโรคเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่(อธิบายลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ)....................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

ลายมือชื่อ(ผู้ได้รับอุบัติเหตุ)..........................................

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

 ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจเลือดได้

 ลงชื่อแพทย์ staff ............................................วันที่...........................เวลา................

 คำอนุมัติ

 อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

 ลงชื่อ.............................................วันที่...................................เวลา........................