



VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG
NATIONAL INSTITUTE OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY
国立衛生疫学研究所

1 Yersin – Hai Ba Trung – Ha noi – Viet nam
 ベトナム - Ha Noi 市 - Hai Ba Trung 区 Yersin 通り 1 号
 Tel: (84 4)9716352/8213241 Fax: (84 4) 8210853
 E-mail: nihe@hn.vn.vn ; nihe@netnam.vn

PHIẾU TRẢ LỜI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(RESULT FORM)
(検査結果票)

Mã phiếu (Form ID/票の番号): VR.03-PKQ

Họ và tên bệnh nhân (Patient, Name/患者の氏名):

Quốc tịch (Nationality/国籍):

Ngày sinh (Date of birth/生年月日):

Giới (Gender/性別): Nữ (Female/女性)/Nam(Male/男性)

Số hộ chiếu (Passport/パスポート番号):

Số CMND (ID Card No./身分証明書番号):

Địa chỉ bệnh nhân (Address/患者の住所):

Yêu cầu xét nghiệm (Test required/要求の検査内容):SARS-CoV-2

<i>Bệnh phẩm thu thập</i> (Kind of sample/ サンプルの種類)	<i>Lần lấy mẫu</i> (No. of collection/ サンプル採取回数)	<i>Ngày/giờ lấy mẫu</i> (Date of collection/ サンプル採取日)	<i>Ngày/giờ nhận mẫu</i> (Date of receive/ サンプル受取日)	<i>Tình trạng mẫu khi nhận</i> (Sample status/ 受取る時のサンプルの 状態)
Dịch ty hầu (Nasopharyngeal/鼻咽頭 ぬぐい液)	Đạt (Qualified/合格)

Xét nghiệm(Test/検査)

<i>Mã bệnh phẩm</i> (Sample ID/ サンプル番号)	<i>Loại bệnh phẩm</i> (Kind of sample/ サンプルの種類)	<i>Kỹ thuật</i> (Method/方法)	<i>Lần</i> (No. of testing/ 検査回数)	<i>Ngày thực hiện</i> (Date of testing/ 検査実施日)	<i>Kết quả</i> (Result/ 結果)
.....	Dịch ty hầu (Nasopharyngeal/鼻咽頭 ぬぐい液)	Realtime RT-PCR	Âm tính (Negative/陰性) Dương tính (Positive/陽性)

Kết luận (Conclusion/結論): Âm tính SARS-CoV-2 (Negative/陰性)/Dương tính SARS-CoV-2 (Positive/陽性)

Chú thích (Notes/注):.....

Ngày/Giờ trả kết quả (Result data/結果決定年月日):

Người thực hiện
(Laboratory Technician/検査担当者)

KT.Trưởng Phòng thí nghiệm
(Head of Laboratory/検査室長)

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm20.....

Hanoi, date.....month..... year.....

Hanoi 市, _____年__月__日 (date of issue, 交付年月日)

Trưởng Khoa Vi rút
(Head of Virology Department/ウイルス学部長)

