



បំណុលស្មើសុំធ្វើវិភាគ

HIV-1 Viral Load

បោះពុម្ពលើកទី ១

ខែ កញ្ញា ២០១១

GFATM



បំណុលស្នើសុំធ្វើវិភាគ

HIV-1 Viral Load

មន្ទីរសុខាភិបាល **មន្ទីរពេទ្យ**

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ :លេខកូដអ្នកជំងឺ ID :

ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ កំណើត :/...../..... អាយុ :ឆ្នាំ, ភេទ :

ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ បូមឈាម :/...../..... ម៉ោងបូមឈាម :

អ្នកបូមឈាម : ហត្ថលេខា :

- មូលហេតុស្នើសុំ :**
- សង្ស័យបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល
 - ផ្សេងៗ

ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ :/...../.....

គ្រូពេទ្យស្នើសុំ:

ហត្ថលេខា :