

广州华银医学检验中心  
Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

# 人免疫缺陷病毒抗体（HIV-Ab）申请单

 广州华银医学检验中心  
Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

## 人免疫缺陷病毒抗体 (HIV-Ab) 申请单

**填单须知:**

1. 请务必详细填写本申请,以利诊断,如有临床所见,应尽量详细填写.
2. 请写清病者姓名及送检医院,以利正确送达.
3. 如果需要重新取样,请尽量将原单附回或在醒目位置注明.

### 送检基本资料

送检单位: \_\_\_\_\_ 科室: \_\_\_\_\_ 床号: \_\_\_\_\_ 送检日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

送检标本: \_\_\_\_\_ 住院(门诊)号: \_\_\_\_\_ 采集者: \_\_\_\_\_ 采集时间: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

临床诊断:  HIV感染者  AIDS病人  其它 \_\_\_\_\_ 收样时间: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

### 受检者个人基本情况 (以下各栏务必填写完整,不能空缺)

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_

户口地址: \_\_\_\_\_

常住地址: \_\_\_\_\_

身份证号码:

### 受检者详细情况 请在所选项目前的方框内打钩, 示范: "☑"

<b>国籍:</b> 1、中国 2、港澳台 3、海外华人 4、外国 (国籍为 _____ ) 5、其它	<b>婚姻:</b> 1、未婚 2、已婚或同居 3、丧偶 4、离异或分居 5、不详	<b>文化程度:</b> 1、学龄前或文盲 2、小学 3、初中 4、高中/中专 5、大学或以上
--	--	--

<b>民族:</b> 1、汉族 2、蒙古族 3、回族 4、藏族 5、维吾尔族 6、苗族 7、彝族 8、景颇族 9、满族 10、侗族 11、朝鲜族 12、傣族 13、壮族 14、东乡族 15、其它
---

<b>人群特征:</b> 1、婴幼儿 2、性病门诊就诊者 3、暗娼 4、吸毒者 5、有偿供血 (浆) 者 6、嫖客 7、受血者 8、输注血液制品者 9、同性恋者 10、HIV阳性者配偶/性伴侣 11、其它	<b>职业特征:</b> 1、个体商 2、长途运输司机 3、海员 4、工人 5、娱乐餐饮业服务员 6、现役军人 7、专业技术人员 8、干部 9、流动人口 10、其它服务人员 11、学生 12、农民 13、无业 14、不详
--	---

<b>可能感染途径:</b> 1、异性传播 2、同性或双性传播 3、采供血 4、静脉毒品 5、输入血制品 6、输入血液 7、母婴传播 8、不详	<b>检验分类:</b> 1、入境体检 2、出境体检 3、涉外婚检 4、婚检 5、其它检查 6、孕产妇 7、无关联检测 8、献血 9、术前检查 10、采浆站 11、临床可疑 12、自愿检测 13、在押人员 14、其它/不详
--	---

### 备注 (若有请说明):

医师签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日