අක්මාපිළිකාපරීක්ෂාවේප්‍රතිඵල

සම්පූර්ණනම		හැඳුනුම්පත්අංකය	- 1(2)******

වගරීකරණය	පරීක්ෂණ ලැයිස්තුව (පරීක්ෂාකළදිනය)	ප්‍රතිඵල	තීරණය ※පරීක්ෂණ රූලට පසුව ලියන්න.
අක්මාපිළිකාව	අක්මාඅල්ට්‍රාසොනොග්‍රැෆි, ඇල්ෆා-ෆෙටෝප්‍රෝටීන්රුධිරපරීක්ෂාව. (අඅඅ/මාමා/දිදි)		
	නිදෙර්ශය		

ප්‍රතිඵලදිනය	දිනය/අවුරුද්ද	කායිකවෛද්‍යවරයා	බලපත්‍රඅංකය	
			වෛද්‍යවරයාගේනම	(අත්සන)

අක්මාපිළිකාපරීක්ෂාවේප්‍රතිඵල

※ (සෞඛ්‍යරක්ෂණදායකයන්)
වෛද්යපරීක්ෂණආකෘතිපත්රයකප්රතිඵලපිළිබඳඋසස්මහරෝහලක්තුළවනවෛද්යඒකවරණයකකායිකවෛද්යලේඛනඅවශ්යනම්,
මෙමආකෘතිපත්රයවෛද්යඒකවරණඉල්ලීමක්වෙනුවටයොදාගතහැකිය (වෛද්යපරීක්ෂණඉල්ලීම).
මෙමආකෘතිපත්රයඉදිරිපත්කිරීමඋසස්මහරෝහලකවෛද්යපරීක්ෂණයක්සැලසුම්කිරීමසඳහාප්රමාණවත්ය.

※ (මෙඩිකාඩ්පත්හිමියා)
සෞඛ්යපරීක්ෂාවේප්රතිඵලයක්ලෙසඅසාමාන්යතාවයක්හමුවුවහොත්සහපරීක්ෂණවාතර්වේවෛද්යවරයාගේඅදහසලෙසවැඩිදුරඇගයීම්සිදුකළයුතුබවටදක්වාඇත්නම්,
එමආයතනයේමප්රතිකාරලබාගැනීමසඳහාරෝගියායොමුකිරීමටඑමවාතර්වනිදෙර්ශකයක්ලෙසයොදාගතහැකිය.
අදාලසිද්ධියටවඩාවැඩිවෙනස්ආකාරයකවෛද්යඒකවරණසහායක්ඔබටඅවශ්යනම්, ඔබ
“වෛද්යඒකවරණසහායපිළිබඳබලාත්මකනීතිපනත”
3වනවගන්තියටතේවනවෛද්යඒකවරණක්රියාවලියඅනුවඔබටප්රතිකාරලබාදියයුතුය.
රෝගියාවරණාත්මකවෛද්යඒකවරණආයතනයපද්ධතියකටඅදාලවේනම්,
ඔහුට/ඇයටමුලින්ඔහු/ඇයවිසින්තෝරාගත්වෛද්යආයතනයෙහිප්රතිකාරලබාදියයුතුය.

※ අක්මාපිළිකාපරීක්ෂණසඳහා, අවුරුදු40වැඩිඉහළඅවදානම්කණ්ඩායම්වලට (සිරෝසිස්, හෙපටයිටිස්බී, ඇන්ටිගන්සහිතතැනැත්තන්, හෙපටයිටිස්සීසහිතරෝගීන්, සහහෙපටයිටිස්බීහෝසීවෛරසයහේතුවෙන්දීඝර්කාලීනඅක්මාසංකූලතාසහිතරෝගීන්, සෑම්මාස6කදීමනිත්යපරීක්ෂණ (අක්මාඅල්ට්රාසවුන්ඩ්සහසිරම්ඇල්ෆා-ෆෙටෝප්රෝටීන්පරීක්ෂණය) සිදුකරගන්නාලෙසටනිදෙර්ශකෙරේ.

※ මෙමඅක්මාපිළිකාපරීක්ෂණයමඟින්සියළුම්පිළිකාහඳුනාගනුනොලැබේ. ඔබටසැකසහිතරෝගලක්ෂණදැනගැනීමටලැබුනහොත් (අනිකත්ලක්ෂණඅතර. බරඅඩවීම. සෙංගමාලය. හදිසිවෙහෙසවැනි). කරුණාකරකායිකවෛද්යවරයෙක්මඟහැසෙන්න.
ඔබගේපරීක්ෂණප්රතිඵලය “අසාමාන්යතත්වයක්නැත්නම්, කරුණාකරකායිකවෛද්යවරයාගේඋපදෙස්අනුගමනයකරන්න.

※ අක්මාපිළිකාසඳහාප්‍රතිකාරවෙනුවෙන්විශේෂවෛද්‍යඒකවරණප්‍රතිලාභීන්ලෙසලියාපදිංචිවීඇතිඅයදුම්කරුවන්, විශේෂවෛද්‍යප්‍රතිලාභකාලසීමාතුළඅක්මාපිළිකානිවාරණයක්වෙනස්කළහැකිය.

※ ※අක්මා පිළිකා ඇති බවට රෝග විනිශ්චයක් ලද අය අතුරින්, අදාළ තත්ත්වය (සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වාරිකය, ජාතික පිළිකා පරීක්ෂාව ආදී) සපුරාලන රෝගීන් පිළිකා රෝගී වෛද්‍ය වියදම් සහාය ලැබීම සඳහා සුදුසුකම් ලබයි. (විස්තර සඳහා ඔබේ ප්‍රදේශයේ සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය අමතන්න).

පහතආකාරයටඅපිමෙමවෛද්‍යපරීක්ෂණපිළිබඳවඔබටදැනුම්දෙන්නෙමු.

දිනය/වසර

කායර්ාලයේතය කායර්ාලයේනම

※පිළිකාපරීක්ෂණආකෘතිපත්‍රයමඟින්අමතරපිළිකාපරීක්ෂණවාතර්වඅනුගමනයකෙරේ.