

ใบขอตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการฮีสโตเคมี

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ส่ง-รับผลการตรวจและติดต่อ

ขอรายละเอียดได้ที่ หน่วยรับส่งตรวจ ภาควิชานิติเวชศาสตร์

ติดต่อโดยเคชวิกรม ชั้น 1 โทร 0-2419-6325 โทรสาร 0-2411-3426

ขอความกรุณารอกข้อมูลต่างๆ และใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ครบถ้วนอ่านได้ชัดเจน

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยรับส่งตรวจ
และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเท่านั้น

ข้อมูลของผู้รับการตรวจ		ชื่อ-สกุล		อายุ	ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
เชื้อชาติ	สัญชาติ	เลขที่ทั่วไป	เลขที่ภายใน	หน่วยงานที่ส่งตรวจ/รพ.		
ภาควิชา	หอผู้ป่วย	โทร.		ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ใน <input type="checkbox"/> นอก	
ให้รายงานผลการตรวจที่						
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> พิเศษ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....						
วันที่เก็บส่งตรวจ..... เวลา..... จำนวนส่งตรวจ.....						
วัตถุประสงค์ของการส่งตรวจ และลักษณะส่งตรวจว่าได้มาจากอวัยวะหรือตำแหน่งใดของร่างกาย (โปรดระบุและเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน).....					สำหรับเจ้าหน้าที่ และพยาธิแพทย์ บันทึกการติดต่อทางโทรศัพท์	
การวินิจฉัยเบื้องต้น และประวัติการเจ็บป่วย :สามารถเขียนเพิ่มเติมได้ด้านหลัง (โปรดระบุและเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน).....						
วัตถุประสงค์ของการส่งตรวจ <input type="checkbox"/> ต้องการผลทาง Histopathology เพื่อการวินิจฉัย <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการผลทาง Histopathology (ฝากทำลาย) <input type="checkbox"/> ย้อมสีพิเศษ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....						
รายการตรวจชิ้นเนื้อศัลยกรรมทางห้องปฏิบัติการฮีสโตเคมี						
<input type="checkbox"/> 326002 Biopsy < 2 cm. <input type="checkbox"/> 326005 Eye ball, enucleation <input type="checkbox"/> 326008 Esophagus, esophagectomy <input type="checkbox"/> 326011 Liver resection <input type="checkbox"/> 326015 Urinary bladder, cystectomy <input type="checkbox"/> 326018 Uterus, hysterectomy (TAH) <input type="checkbox"/> 326010 Small bowel or large intestine resection <input type="checkbox"/> 321001 Small surgical (ไม่ต้องการผล)		<input type="checkbox"/> 326003 Biopsy < 5 cm. <input type="checkbox"/> 326006 Eye ball, excenteration <input type="checkbox"/> 326009 Stomach, gastrectomy <input type="checkbox"/> 326012 Gallbladder <input type="checkbox"/> 326016 Prostate gland, prostatectomy for BPH <input type="checkbox"/> 326019 Leg, amputation (AK, BK) For non-tumor <input type="checkbox"/> 326014 Kidney, nephrectomy or Partial nephrectomy <input type="checkbox"/> 322001 Medium Surgical (ไม่ต้องการผล)		<input type="checkbox"/> 326004 Biopsy > 5 cm. <input type="checkbox"/> 326007 Lung, lobectomy <input type="checkbox"/> 326021 Skin biopsy <input type="checkbox"/> 326013 Omentectomy <input type="checkbox"/> 326017 Testis, unilateral each <input type="checkbox"/> 326020 Curetting, each specimen (ขึ้นเนื้อจากการคุมตลูก) <input type="checkbox"/> 323001 Large Surgical (ไม่ต้องการผล)		
รายการย้อมสีพิเศษทางห้องปฏิบัติการฮีสโตเคมี						
<input type="checkbox"/> 326022 ย้อมสีพิเศษ (Oil red O)						
ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ขอตรวจ (ตัวบรรจง)		รหัสแพทย์.....		โทร. / VPN		วันที่ส่งตรวจ
ชื่อ-สกุล แพทย์เจ้าของไข้ (ตัวบรรจง)		รหัสแพทย์.....		โทร. / VPN		
ค่าตรวจทางนิติพยาธิ		คิดเป็นเงิน.....บาท				
<input type="checkbox"/> ชำระเงินแล้ว ใบเสร็จเลขที่..... เล่มที่..... <input type="checkbox"/> ส่งคดงเคราะหื รพ.ศิริราช คงเหลือชำระ.....บาท อนุมัติโดย..... ตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... คงเหลือชำระ.....บาท อนุมัติโดย..... ตำแหน่ง.....						
หมายเหตุ รายละเอียดการเก็บส่งตรวจ การรับผลการตรวจ การขอตรวจเพิ่ม/ตรวจซ้ำ และการขอสำเนาผลการตรวจ สามารถศึกษาได้จากคู่มือการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ในเว็บไซต์ภาควิชา http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/forensic_medicine/						