



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการนิติพิษวิทยา

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ส่งรับผลการตรวจและติดต่อขอรายละเอียดได้ที่  
หน่วยรับส่งตรวจ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ตึกอศุขยเวชวิกรม ชั้น 1  
โทร 0-2419-6325 โทรสาร 0-2411-3426

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยรับส่งตรวจ เท่านั้น

ข้อมูลของผู้รับบริการตรวจ  บุคคลที่มีชีวิต เลขที่ทั่วไป.....  ศพ เลขที่ตรวจศพ.....  
ชื่อ-สกุล ..... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....  
พฤติกรรมการเสียชีวิต  Homicide  Suicide  Accident  Natural  Unknown หน่วยงานที่ส่งตรวจ / รพ.....  
ส่งรายงานผลการตรวจที่..... โทร.....

ประวัติ การตรวจร่างกาย และการรักษา โดยสังเขป : .....

ชนิดและจำนวนของสารพิษที่ได้รับ .....

วันที่ได้รับสารพิษ ..... เวลา ..... น. วันที่เกิดเหตุ ..... เวลา ..... น.  
วันที่เก็บส่งตรวจ ..... เวลา ..... น. ผู้รับผิดชอบการเก็บส่งตรวจ ..... โทร.....  
วันที่นำส่งส่งตรวจให้ห้องปฏิบัติการ ..... เวลา ..... ผู้ส่ง ..... ผู้รับ .....

CLOTTED BLOOD	GASTRIC CONTENT	URINE	General Unknown Screening For Clinical Forensic Toxicology
<input type="checkbox"/> 300012 Benzodiazepines*	<input type="checkbox"/> 303046 Acetaminophen*	<input type="checkbox"/> 302053 Acetaminophen*	
<input type="checkbox"/> 300017 Cholinesterase	<input type="checkbox"/> 303007 Benzodiazepines*	<input type="checkbox"/> 302002 Acetone	
<input type="checkbox"/> 300009 Tricyclic antidepressant*	<input type="checkbox"/> 303011 Carbamate*	<input type="checkbox"/> 302007 Amphetamine	<input type="checkbox"/> 300888 Blood
<b>Na F BLOOD</b> <input type="checkbox"/> Femoral Vein <input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> 303023 Cyanide*	<input type="checkbox"/> 302009 Arsenic	<input type="checkbox"/> 302888 Urine
	<input type="checkbox"/> 303042 Nitrate, Nitrite*	<input type="checkbox"/> 302010 Barbiturate*	<input type="checkbox"/> 308888 Other Clear Fluid
<input type="checkbox"/> 300003 Acetone	<input type="checkbox"/> 303044 Organophosphate*	<input type="checkbox"/> 302011 Benzodiazepines*	
<input type="checkbox"/> 300034 Ethanol	<input type="checkbox"/> 303047 Paraquat*	<input type="checkbox"/> 302013 Cadmium	<b>Autopsy Sample</b>
<input type="checkbox"/> 300042 Isopropanol	<input type="checkbox"/> 303051 Phenothiazine*	<input type="checkbox"/> 302014 Cannabis* (THC)	<input type="checkbox"/> 300999 Blood
<input type="checkbox"/> 300048 Methanol	<input type="checkbox"/> 303055 Salicylate*	<input type="checkbox"/> 302022 Cocaine*	<input type="checkbox"/> 301999 Bile
<b>EDTA BLOOD</b>	<input type="checkbox"/> 303062 Surfactant*	<input type="checkbox"/> 302029 Ephedrine	<input type="checkbox"/> 302999 Urine
<input type="checkbox"/> 300027 Carboxyhemoglobin	<input type="checkbox"/> 303005 Tricyclic antidepressant*	<input type="checkbox"/> 302030 Ethanol	<input type="checkbox"/> 303999 Content
<input type="checkbox"/> 300015 Cadmium	<b>GSW Swab</b>	<input type="checkbox"/> 302037 Hippuric acid	<input type="checkbox"/> 305999 Liver
<input type="checkbox"/> 300066 Lead	<input type="checkbox"/> 292099 Swab 1 .....	<input type="checkbox"/> 302040 Isopropanol	<input type="checkbox"/> 306999 Kidney
<b>VITREOUS HUMOUR</b>	<input type="checkbox"/> 292199 Swab 2 .....	<input type="checkbox"/> 302043 MDMA	<input type="checkbox"/> 307999 Muscle
<input type="checkbox"/> 304024 Ethanol	<input type="checkbox"/> 292299 Swab 3 .....	<input type="checkbox"/> 302045 Methamphetamine	<input type="checkbox"/> 308099 Other .....
<input type="checkbox"/> 304038 Methanol	<input type="checkbox"/> 292399 Swab 4 .....	<input type="checkbox"/> 302048 Morphine	
	<input type="checkbox"/> 292499 Swab 5 .....	<input type="checkbox"/> 302054 Paraquat*	
	<input type="checkbox"/> 292599 Swab 6 .....	<input type="checkbox"/> 302058 Phenothiazine*	
	<input type="checkbox"/> 292699 Swab 7 .....	<input type="checkbox"/> 302062 Salicylate*	
		<input type="checkbox"/> 302008 Tricyclic antidepressant*	

ข้อมูลเพิ่มเติม .....

ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ขอตรวจ ..... (ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....โทร.....

ชื่อ - สกุล แพทย์เจ้าของไข้..... (ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....โทร.....

ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ขอตรวจ (นิติเวชศาสตร์) ..... (ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....โทร.....

ชื่อ - สกุล แพทย์เจ้าของไข้ (นิติเวชศาสตร์)..... (ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....โทร.....

หมายเหตุ 1. ห้ามใช้ 70% แอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังก่อนเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจหาแอลกอฮอล์ ให้ใช้ Betadine solution แทน  
2. \* หมายถึง การตรวจเบื้องต้น