



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการนิติซีโรโลยี

ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

สถานที่ส่ง-รับผลการตรวจและติดต่อขอรายละเอียดได้ที่  
หน่วยรับส่งสิ่งส่งตรวจ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ตึกออดุลยเดชวิกรม ชั้น 1  
โทร. 02-419-6325 โทรสาร 02-411-3426

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยรับส่งสิ่งส่งตรวจเท่านั้น

ข้อมูลของผู้รับการตรวจ  โปรดเขียนตัวบรรจง หรือติด Sticker	ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
	เลขที่ทั่วไป	เชื้อชาติ		สัญชาติ		
	เลขที่ภายใน	หน่วยงานที่ส่งตรวจ / รพ.				
	หอผู้ป่วย	โทร.	ให้ส่งรายงานผลการตรวจที่			
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> พิเศษ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....						
สิ่งส่งตรวจ : ชนิดและลักษณะของสิ่งส่งตรวจ (กรณีให้ใช้สิ่งส่งตรวจที่เก็บไว้ กรุณาระบุในช่องข้างล่าง)						
<input type="checkbox"/> Autopsy blood <input type="checkbox"/> EDTA blood <input type="checkbox"/> Bone marrow blood (BM) <input type="checkbox"/> Buccal swab <input type="checkbox"/> Vaginal swab / ตะกอน Vaginal swab <input type="checkbox"/> Nail <input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Hair <input type="checkbox"/> Other ระบุ.....						
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	น.	ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ			
<b>รายการส่งตรวจ</b>						
<b>ตรวจวิเคราะห์หมู่เลือด (Blood group analysis)</b>						
311001 <input type="checkbox"/> ABO blood group test (Direct)						
<b>ตรวจติดตามหลังการรักษา (Bone marrow / Stem cell Transplantation DNA profile monitoring)</b>						
<input type="radio"/> Pre-BMT/SCT recipient <input type="radio"/> Donor <input type="radio"/> Post-BMT/SCT recipient.....(days/months/years) ระบุความสัมพันธ์ระหว่าง Donor กับ Recipient.....						
314001 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs BMT (EDTA)    314002 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs BMT (BM)    กรณีขอผลด่วน ระบุเหตุผล.....						
<b>ตรวจพิสูจน์ความสัมพันธ์ (Forensic analysis)</b>						
<input type="radio"/> Paternity / Maternity / Kinship test ระบุ..... <input type="radio"/> Comparing profiles for Identification ระบุ..... <input type="radio"/> Human Identification ระบุ..... <input type="radio"/> Rape case ระบุ..... <input type="radio"/> Other ระบุ.....						
315002 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (EDTA)    316001 <input type="checkbox"/> Y-STRs (EDTA)    317001 <input type="checkbox"/> X-STRs (EDTA)    318003 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (EDTA) 315004 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (Buccal)    316003 <input type="checkbox"/> Y-STRs (Buccal)    317003 <input type="checkbox"/> X-STRs (Buccal)    318005 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (Buccal) 315005 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (Vaginal)    316004 <input type="checkbox"/> Y-STRs (Vaginal)    317004 <input type="checkbox"/> X-STRs (Vaginal)    318006 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (Vaginal) 315006 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (Hair)    316005 <input type="checkbox"/> Y-STRs (Hair)    317005 <input type="checkbox"/> X-STRs (Hair)    318007 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (Hair) 315007 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (Nail)    316006 <input type="checkbox"/> Y-STRs (Nail)    317006 <input type="checkbox"/> X-STRs (Nail)    318008 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (Nail) 315009 <input type="checkbox"/> Autosomal STRs (Other)    316008 <input type="checkbox"/> Y-STRs (Other)    317008 <input type="checkbox"/> X-STRs (Other)    318010 <input type="checkbox"/> mtDNA HVRI&II (Other)						
<b>การเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจเพื่อรอตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรม</b>				<b>กรณีให้ใช้สิ่งส่งตรวจที่เก็บไว้</b>		
319002 <input type="checkbox"/> EDTA blood Archive    319007 <input type="checkbox"/> Nail Archive 319004 <input type="checkbox"/> Buccal swab Archive    319010 <input type="checkbox"/> Bone Archive 319006 <input type="checkbox"/> Hair Archive    313007 <input type="checkbox"/> Vaginal swab Archive 319009 <input type="checkbox"/> Other specimen Archive.....				ขอให้ใช้สิ่งส่งตรวจ (ระบุชนิด)..... Lab No. ....ส่งไปเมื่อวันที่..... อยู่ที่ห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> นิติซีโรโลยี <input type="checkbox"/> วัตถุพยาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		
<b>ประวัติและสาเหตุในการตรวจ</b>						
ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ขอตรวจ (ตัวบรรจง)				รหัสแพทย์ .....		วันที่ส่งตรวจ
ชื่อ - สกุล แพทย์เจ้าของไข้ (ตัวบรรจง)				รหัสแพทย์ .....		