



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการวัตถุพยาน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

Lab No. / F No.

ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ส่ง-รับผลการตรวจและติดต่อขอรายละเอียดได้ที่
หน่วยรับส่งส่งตรวจ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ตึกกอดุลยเดชะวิกรม ชั้น 1
โทร 0-2419-6325 โทรสาร 0-2411-3426

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยรับส่งส่งตรวจ เท่านั้น

ขอความกรุณากรอกข้อมูลต่างๆ และใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ครบถ้วนอ่านให้ชัดเจน

ข้อมูลของผู้รับการตรวจ		ชื่อ-สกุล		อายุ	ปี	เดือน	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
เชื้อชาติ	สัญชาติ	ภาควิชา	หน่วยงานที่ส่งตรวจ / รพ.				
เลขที่ทั่วไป		หอผู้ป่วย	ให้ส่งรายงานผลการตรวจที่				
เลขที่ภายใน		เบอร์โทร	ผู้ประสานงาน / ผู้ติดต่อ				
ประเภทของผู้รับการตรวจ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้เสียหาย <input type="checkbox"/> ผู้ต้องหา <input type="checkbox"/> ผู้รับการตรวจทั่วไป							
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ				เวลา		ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ	
Sexual Assault Samples							
Victim				Assailant			
<input type="checkbox"/> Semen Detection (Screening test and Confirmation test) <input type="checkbox"/> Sperm Detection (Confirmation test สำหรับสิ่งส่งตรวจ Slide) <input type="checkbox"/> Vaginal Epithelium (การตรวจพิสูจน์เซลล์เยื่อช่องคลอด) <input type="checkbox"/> Others (ระบุ)..... รายละเอียดสิ่งส่งตรวจกรณาระบุในหน้าที่ 2				<input type="checkbox"/> Semen Detection (Screening test and Confirmation test) <input type="checkbox"/> Sperm Detection (Confirmation test สำหรับสิ่งส่งตรวจ Slide) <input type="checkbox"/> Vaginal Epithelium (การตรวจพิสูจน์เซลล์เยื่อช่องคลอด) <input type="checkbox"/> Others (ระบุ)..... รายละเอียดสิ่งส่งตรวจกรณาระบุในหน้าที่ 2			
การตรวจวิเคราะห์เพื่อการรักษา <input type="checkbox"/> Semen analysis							
การวินิจฉัยเบื้องต้น							
ประวัติและสาเหตุในการตรวจ							
ชื่อ-สกุลแพทย์ผู้ส่งตรวจ (ตัวบรรจง)						รหัสมแพทย์..... โทร.....	
ชื่อ-สกุลแพทย์เจ้าของไข้ (ตัวบรรจง)						รหัสมแพทย์..... โทร.....	
วันที่ส่งตรวจ							
<p>ส่วนแจ้งให้ชำระค่าตรวจ (สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับส่งส่งตรวจกรอก)</p> ค่าตรวจ คิดเป็นเงิน.....บาท (.....) <input type="checkbox"/> เบิกได้ <input type="checkbox"/> เบิกไม่ได้ <input type="checkbox"/> ชำระเงินแล้ว ใบเสร็จเลขที่..... เล่มที่.....							
						ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....	



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการวัดคุณภาพ

*** ขอความกรุณาใส่ ✓ หน้าชนิด บริเวณ และระบุจำนวนสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องครบถ้วน โดยตรงกันทั้งในใบขอตรวจและบนสิ่งส่งตรวจ

การตรวจพิสูจน์ในคดีความผิดทางเพศ				
Semen detection	(Swab = สำลีพันปลายไม้, Cotton = ก้อนสำลี)			Sperm detection (Slide)
Introital				
..... Labia majora	282110 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282160 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282210 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282260 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... External labia majora	282112 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282162 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282212 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282262 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Internal labia majora	282111 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282161 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282211 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282261 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Labia minora	282107 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282157 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282207 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282257 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... External labia minora	282109 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282159 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282209 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282259 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Internal labia minora	282108 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282158 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282208 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282258 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
Vaginal				
..... Vaginal	282101 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282151 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282201 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282251 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... External vagina	282103 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282153 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282203 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282253 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Internal vagina	282102 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282152 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282202 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282252 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Vaginal Canal	282104 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282154 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282204 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282254 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Vaginal pool	282105 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282155 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282205 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282255 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Vaginal wall	282106 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282156 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282206 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282256 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Posterior fornix	282113 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282163 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282213 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282263 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Cervix	282114 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282164 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282214 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282264 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
Anus				
..... Anus	282115 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282165 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282215 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282265 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... External anus	282117 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282167 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282217 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282267 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
..... Internal anus	282116 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282166 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282216 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	282266 <input type="checkbox"/> Slide.....แผ่น
Oral				
..... Oral	282223 <input type="checkbox"/> Swab.....ชิ้น	282224 <input type="checkbox"/> Cotton.....ชิ้น	282225 <input type="checkbox"/> Filter paper.....ชิ้น	
Other evidences				
282351 <input type="checkbox"/> sanitary pad.....ชิ้น	282401 <input type="checkbox"/> condom.....ชิ้น	282451 <input type="checkbox"/> brassiere.....ชิ้น	282268 <input type="checkbox"/> Other slide	
282501 <input type="checkbox"/> panties.....ชิ้น	282551 <input type="checkbox"/> clothes.....ชิ้น		แผ่น (โปรดระบุตำแหน่ง
282601 <input type="checkbox"/> Other (ตำแหน่ง/ชนิด).....ชิ้น,ชิ้น)	
Vaginal epithelium				
283001 <input type="checkbox"/> vaginal epithelium detection (ตำแหน่ง/ชนิด)..... ชิ้น/..... แผ่น			
การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอสุจิ (Semen analysis)				
281001 <input type="checkbox"/> semen analysis				
<p>*** หมายเหตุ - ห้องปฏิบัติการจะเก็บตัวอย่างในรูปแบบตะกอนไว้หลังจากวันรายงานผล 5 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ส่งต้องการตัวอย่างคืนจะต้องมารับด้วยตนเอง - สิ่งส่งตรวจที่เป็น slide จะต้องห่อหุ้มด้วยวัสดุกันกระแทกเพื่อป้องกันการแตกหัก - เมื่อมีการแก้ไขข้อความในใบขอตรวจ ต้องลงลายมือชื่อและวันที่กำกับไว้ทุกครั้ง 				