



ใบขอส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการพิษวิทยาคลินิก

ศูนย์พิษวิทยาศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช โทร.02-419-7317-8
Clinical Toxicology Test Request Form, Siriraj Poison Control Center
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University
6th floor, Nursing Dormitory 3 Building, Siriraj Hospital Tel. 02-419-7317-8

ส่วนรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจสอบส่งตรวจ
[] ผ่าน
[] ไม่ผ่าน เพราะ.....
ผู้ตรวจสอบ.....
วันที่รับ.....
เวลา.....

ข้อมูลผู้ป่วย (เขียนตัวบรรจง หรือติดสติ๊กเกอร์)
ชื่อผู้ป่วย (Patient name).....
H.N..... A.N.อายุ(Age).....ปี(Years old)
เพศ(Gender) []ชาย (male) []หญิง (female)
ข้อมูลการส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ (เขียนตัวบรรจง)
แพทย์ผู้ส่งตรวจ รหัส.....
วันที่เก็บตัวอย่าง.....เวลา..... น.
[] ก่อนให้ยา.....ชั่วโมง [] หลังให้ยา.....ชั่วโมง
สถานที่ส่งตรวจ (โปรดระบุชื่อพร้อมเบอร์โทร)
[] ผู้ป่วยนอก (OPD).....โทร.....
[] ชื่อโรงพยาบาล / สถานที่อื่น.....
เบอร์โทรศัพท์.....
ประทับตราชื่อสถานที่ส่งตรวจ
สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

ประวัติการเกิดพิษ/ปัญหาทางคลินิก/การวินิจฉัย (Clinical problem/Provisional diagnosis)
.....
.....
.....

ตรวจระดับยาเชิงปริมาณ (QUANTITATIVE ANALYSIS OF THERAPEUTIC DRUGS)
ประกันเวลาที่ 60 นาที ส่งตรวจได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ตารางแสดงรายการการทดสอบยา เช่น TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS, BENZODIAZEPINES, CHOLINESTERASE, DIGOXIN, METHOTREXATE, Na VALPROATE, PHENOBARBITAL, PHENYTOIN, THEOPHYLLINE, VANCOMYCIN (Peak), CYCLOSPORINE, EVEROLIMUS *, TACROLIMUS *

ตรวจระดับปริมาณโลหะ (QUANTITATIVE ANALYSIS OF METALS)
ประกันเวลาที่ 120 นาที ส่งตรวจได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ตารางแสดงรายการการทดสอบโลหะ เช่น ALUMINIUM *, COPPER, LITHIUM, MAGNESIUM, CADMIUM *, CHROMIUM *, MANGANESE *, ARSENIC *, URINE / URINE 24 hr. (LEAD *, MERCURY *, ZINC)

หมายเหตุ :- URINE 24 hr. สามารถมาขอภาชนะเก็บได้ที่ห้องปฏิบัติการพิษวิทยาคลินิก
- ผู้ที่เจาะเลือดยาก เด็กเล็ก ให้ hematocrit tube อย่างน้อย 6 tubes หรือใช้ปริมาณเลือดอย่างน้อย 1 ml.
- หมายเลขที่อยู่หน้าชื่อการทดสอบ คือ รหัสการทดสอบที่ใช้ป้อนในระบบคอมพิวเตอร์

>>>> โปรดพลิกด้านหลัง มีต่อหน้า 2

ตรวจคัดกรองสารเสพติดและสารพิษ (QUALITATIVE SCREENING OF DRUGS OF ABUSE AND TOXIC SUBSTANCES)

ประกันเวลาที่ 60 นาที ส่งตรวจได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ชนิดสิ่งส่งตรวจ	รหัส	ชื่อการทดสอบ	รหัส	ชื่อการทดสอบ	รหัส	ชื่อการทดสอบ
URINE	801420	<input type="checkbox"/> AMPHETAMINE	801300	<input type="checkbox"/> TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS	801270	<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINES
	801480	<input type="checkbox"/> CANNABINOID	801450	<input type="checkbox"/> OPIATES	801180	<input type="checkbox"/> PARACETAMOL
	801060	<input type="checkbox"/> PARAQUAT	801210	<input type="checkbox"/> SALICYLATE		
GASTRIC CONTENTS	801410	<input type="checkbox"/> AMPHETAMINE	801290	<input type="checkbox"/> TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS	801120	<input type="checkbox"/> ARSENIC
	801260	<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINES	801470	<input type="checkbox"/> CANNABINOID	801080	<input type="checkbox"/> CYANIDE
	801440	<input type="checkbox"/> OPIATES	801170	<input type="checkbox"/> PARACETAMOL	801050	<input type="checkbox"/> PARAQUAT
	801200	<input type="checkbox"/> SALICYLATE				
TOXIN SAMPLE	801400	<input type="checkbox"/> AMPHETAMINE	801280	<input type="checkbox"/> TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS	801110	<input type="checkbox"/> ARSENIC
	801250	<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINES	801460	<input type="checkbox"/> CANNABINOID	801070	<input type="checkbox"/> CYANIDE
	801550	<input type="checkbox"/> LEAD	801430	<input type="checkbox"/> OPIATES	801160	<input type="checkbox"/> PARACETAMOL
	801190	<input type="checkbox"/> SALICYLATE				

ตรวจยืนยันระดับยา สารเสพติดและสารพิษ (CONFIRMATORY ANALYSIS OF DRUG, DRUGS OF ABUSE and TOXIC SUBSTANCES)

ประกันเวลาที่ 5 วันทำการ

ชนิดสิ่งส่งตรวจ	รหัส	ชื่อการทดสอบ	รหัส	ชื่อการทดสอบ	รหัส	ชื่อการทดสอบ	
LITHIUM HEPARINIZED BLOOD	801560	<input type="checkbox"/> TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS SCREENING	803270	<input type="checkbox"/> TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS CONFIRM			
	803290	<input type="checkbox"/> AMITRIPTYLINE	803300	<input type="checkbox"/> CLOMIPRAMINE	803320	<input type="checkbox"/> DESIPRAMINE	
	803280	<input type="checkbox"/> DOXEPIN	803310	<input type="checkbox"/> IMIPRAMINE	803340	<input type="checkbox"/> NORTRIPTYLINE	
	803350	<input type="checkbox"/> PROTRIPTYLINE	803330	<input type="checkbox"/> TRIMIPRAMINE			
	803370	<input type="checkbox"/> GLICLAZIDE	803380	<input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDE	803360	<input type="checkbox"/> GLIPIZIDE	
	803400	<input type="checkbox"/> HYDROXY ITRACONAZOLE	803410	<input type="checkbox"/> ITRACONAZOLE	803420	<input type="checkbox"/> POSACONAZOLE	
	803390	<input type="checkbox"/> VORICONAZOLE					
	803430	<input type="checkbox"/> MYCOPHENOLIC ACID					
OTHERS ANALYSIS.....							
URINE	807020	<input type="checkbox"/> AMPHETAMINE	807010	<input type="checkbox"/> METHAMPHETAMINE			
TOXIN SAMPLE	807120	<input type="checkbox"/> STEROIDS SCREENING	807140	<input type="checkbox"/> AMICINONIDE	807160	<input type="checkbox"/> BETAMETHASONE	
	807170	<input type="checkbox"/> CLOBETASOL	807040	<input type="checkbox"/> DEXAMETHASONE	807130	<input type="checkbox"/> DIFLORASONE	
	807150	<input type="checkbox"/> FLUOCINOLONE	807190	<input type="checkbox"/> HYDROCORTISONE	807030	<input type="checkbox"/> PREDNISOLONE	
	807180	<input type="checkbox"/> TRIAMCINOLONE					
โปรดระบุชนิดสิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> LITHIUM HEPARINIZED BLOOD <input type="checkbox"/> NaF BLOOD <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> URINE 24 hr. <input type="checkbox"/> GASTRIC CONTENTS <input type="checkbox"/> TOXIN SAMPLE	801680	<input type="checkbox"/> ABAMECTIN	801590	<input type="checkbox"/> ALCOHOL SCREENING **			
	801580	<input type="checkbox"/> BARBITURATES SCREENING	801570	<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINES SCREENING			
	807200	<input type="checkbox"/> BUSALFAN	801670	<input type="checkbox"/> CYANIDE ***			
	801541	<input type="checkbox"/> HIPPURIC ACID	807050	<input type="checkbox"/> PARAQUAT			
	807100	<input type="checkbox"/> DIETHYLPHOSPHATE	801630	<input type="checkbox"/> PYRETHRINS SCREENING			
	807080	<input type="checkbox"/> DIMETHYLPHOSPHATE	801610	<input type="checkbox"/> ORGANOCHLORINE SCREENING			
	807110	<input type="checkbox"/> DIETHYLTHIOPHOSPHATE	801640	<input type="checkbox"/> ORGANONITROGEN SCREENING			
	807090	<input type="checkbox"/> DIMETHYLTHIOPHOSPHATE	801620	<input type="checkbox"/> ORGANOPHOSPHOROUS SCREENING			
	807210	<input type="checkbox"/> DOPAMINE *	801600	<input type="checkbox"/> POLYCYCLIC AROMATIC HYDROCARBONS SCREENING****			
	807220	<input type="checkbox"/> METANEPHRINE *	801660	<input type="checkbox"/> THIOCYANATE			
	807230	<input type="checkbox"/> NORMETANEPHRINE *	801690	<input type="checkbox"/> WARFARIN			
	801650	<input type="checkbox"/> VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS ****	807240	<input type="checkbox"/> DRUG QUANTITATIVE ANALYSIS ****			
	OTHERS ANALYSIS.....						
	* URINE 24 hr. สามารถมาขอภาชนะเก็บได้ที่ห้องปฏิบัติการพิษวิทยาคลินิก			* ปริมาณปัสสาวะ 24 hr.....ml			
** ห้ามเจาะผ่านจุกหลอด ให้เปิดฝาแล้วใส่ตัวอย่างลงในหลอด จากนั้นใช้ parafilm พันปิดให้สนิท			*** เก็บตัวอย่างแล้วส่งตรวจทันที				
**** โทรสอบถามก่อนส่งตรวจ เบอร์ 02-419-7317-8 ในเวลาราชการ 8.00 น.-16.00 น.							

หมายเหตุ : - หมายเลขที่อยู่หน้าชื่อการทดสอบ คือ รหัสการทดสอบที่ใช้ป้อนในระบบคอมพิวเตอร์