



แบบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ระดับยา/สารพิษ
ห้องปฏิบัติการพิษวิทยาคลินิก งานพิษวิทยา โรงพยาบาลศิริราช
ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 6 โทร. 02-419-7317-8

เลขที่รับเรื่อง.....
วันที่...../...../.....

1. ส่วนผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

E-mail

วัตถุประสงค์การขอรับบริการ

ตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณยา/สารพิษ อื่นๆ.....

พัฒนาวិธีการตรวจวิเคราะห์

เพื่องานบริการ ประมาณการ จำนวนที่จะส่งตรวจ ตัวอย่าง/ปี

เพื่องานวิจัย ชื่อโครงการวิจัย.....

มีทุนสนับสนุน ไม่มีทุนสนับสนุน

2. คุณลักษณะของตัวอย่าง

No.	ชื่อยา/สารพิษ (Substance)	จำนวน ตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง					การเก็บตัวอย่าง
			เลือด	ปัสสาวะ	ยาสมุนไพรม	ยาแผนปัจจุบัน	อื่นๆ	
1								
2								
3								
4								
5								
6								

3. รูปแบบผลการทดสอบ

การรับผลการทดสอบ

มารับผลเอง E-mail

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับแบบฟอร์ม

วันที่..... (สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการพิษวิทยาคลินิก

ไม่ขัดข้อง ขัดข้อง.....

มอบหมายให้..... ดำเนินการ

ลงชื่อ.....

วันที่.....

6. สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

จำนวนตัวอย่าง ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน เนื่องจาก

วิธีทดสอบการตรวจวิเคราะห์

กำหนดงานแล้วเสร็จ โดยประมาณ..... วัน

วันที่รายงานผลการทดสอบ.....

ผลการดำเนินการ ทำได้ ทำไม่ได้

ทำได้เฉพาะบางรายการ.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

5. สำหรับประธานกรรมการบริหารศูนย์พิษวิทยาศิริราช

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

วันที่.....