

ใบคำขอรับบริการตรวจห้องปฏิบัติการฮอร์โมน

ศูนย์ชันสูตรโรคสัตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(Center of Veterinary Diagnosis and Technology Transfer)

Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641

E-mail vet_diag@cmu.ac.th



(ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)				รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)						
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)								
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)								
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล							
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล							
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล							
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)								
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)										
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	จำนวน/ประเภทตัวอย่าง (TYPE & NUMBER)				
						เลือด (BLOOD)			อุจจาระ (FECES)	อื่นๆ (OTHER)
						WHOLE BLOOD	CLOTTED BLOOD	SERUM		
		<input type="checkbox"/> ช้าง (Elephant) <input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>						
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)				วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)				

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
Test	<input type="checkbox"/> Cortisol (380/500) <input type="checkbox"/> Progesterone (380/500) <input type="checkbox"/> Testosterone (380/500) <input type="checkbox"/> Corticosterone (380/500) <input type="checkbox"/> Estrogen (380/500) <input type="checkbox"/> Estradiol (380/500) <input type="checkbox"/> Luteinizing hormone (380/500) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Note	
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ	

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....