



ใบคำขอรับบริการทดสอบอณูชีววิทยา

ศูนย์ชันสูตรโรคสัตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Diagnosis and Technology Transfer)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
E-mail vet_diag@cmu.ac.th



(ส่วนของผู้กรอกข้อมูล)

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) | ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TYPE) | จำนวน (NUMBER) |
| | | <input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> | | | |
| | | <input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> | | | |
| | | <input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (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) | | |

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER) MOLECULAR BIOLOGY TEST

| LABORATORY REQUEST FOR | | <input type="checkbox"/> cPCR <input type="checkbox"/> qPCR <input type="checkbox"/> Extraction | | | | | | | |
|--|--------|--|--------|--|--------|---|--------|--|--------|
| AVIAN | SAMPLE | BLOOD PARASITE | SAMPLE | BOVINE | SAMPLE | EQUINE | SAMPLE | AQUATIC ANIMAL | SAMPLE |
| <input type="checkbox"/> AI; type A, H5/H7/H9 <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200) | | <input type="checkbox"/> <i>Anaplasma</i> spp. (500) <input type="checkbox"/> <i>Babesia</i> spp. (500) | | <input type="checkbox"/> BLV (700) <input type="checkbox"/> FMDV (700) | | <input type="checkbox"/> EHV (1,4) (700) <input type="checkbox"/> AHS (700) | | <input type="checkbox"/> KHV (600) <input type="checkbox"/> TiLV (700) | |
| <input type="checkbox"/> IBV (700) | | <input type="checkbox"/> <i>Ehrlichia canis</i> (500) | | <input type="checkbox"/> LSDV (600) | | ELEPHANT | SAMPLE | <input type="checkbox"/> CEV (600) | |
| <input type="checkbox"/> IBDV (700) | | <input type="checkbox"/> <i>Theileria</i> spp. (500) | | <input type="checkbox"/> BVD (700) | | <input type="checkbox"/> EEHV1A/4 (600) | | OTHERS | SAMPLE |
| <input type="checkbox"/> ILT (600) | | <input type="checkbox"/> <i>Haemobartonella</i> spp. (600) | | SWINE | SAMPLE | <input type="checkbox"/> EEHV1A <input type="checkbox"/> EEHV4 <input type="radio"/> cPCR (600) <input type="radio"/> qPCR (1,200) | | <input type="checkbox"/> Bird sexing (350/300) <input type="checkbox"/> <i>Clostridium perfringens</i> toxins (700) | |
| <input type="checkbox"/> NDV <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200) | | <input type="checkbox"/> <i>E.canis & Babesia</i> (600) | | <input type="checkbox"/> ASF <input type="radio"/> cPCR (400) <input type="radio"/> qPCR (800/1,000) | | OTHERS | SAMPLE | <input type="checkbox"/> Leptospirosis (600) <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> PDD (700) | | <input type="checkbox"/> <i>Leishmania</i> spp. (700) | | <input type="checkbox"/> CSF (700) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <i>Melioidosis</i> (700) <input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium</i> spp. (600) | |
| <input type="checkbox"/> PBFV (600) | | <input type="checkbox"/> <i>Trypanosoma evansi</i> (500) | | <input type="checkbox"/> HP-PRRSV (700) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <i>M.avium</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia psittaci</i> (600) | | FELINE | SAMPLE | <input type="checkbox"/> PRRSV (800) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <i>M.tuberculosis</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> <i>Pasteurella multocida</i> (600) | | <input type="checkbox"/> FeLV (600) | | <input type="checkbox"/> PCV-2 (600) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <i>M.tuberculosis</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> MG (600) | | <input type="checkbox"/> FIP (800) | | <input type="checkbox"/> PED (700) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <i>M.tuberculosis</i> (600) | |
| CANINE | SAMPLE | <input type="checkbox"/> FIV (600) | | Remark | | | | <input type="checkbox"/> <i>M.bovis</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> CDV (700) | | <input type="checkbox"/> Feline panleukopenia (600) | | | | | | <input type="checkbox"/> <i>M.tuberculosis</i> (600) | |
| <input type="checkbox"/> CPV (600) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

การชำระค่าบริการ: ค้างชำระ เรียกเก็บที่ ผู้ส่ง เจ้าของ เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท

หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ

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