



# ใบคำขอรับบริการทดสอบซีรัมวิทยา

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)	จำนวน/ประเภทตัวอย่าง (TYPE & NUMBER)		
						เลือดหลอด สีม่วง/สีเขียว (WHOLE BLOOD)	เลือดหลอดสีแดง (CLOTTED BLOOD)	ซีรัม (SERUM)
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> .....				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> .....				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> .....				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> .....				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> .....				

วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)

วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)

 แช่เย็น (Chill)  แช่แข็ง (freeze)  ไม่แช่ (room temp)

\*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

## สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)

LABORATORY REQUEST FOR	SAMPLE GROUPING	SEROLOGY TEST			
<input type="checkbox"/> Serology	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> ADV (ELISA) (100)	<input type="checkbox"/> PRRSV (ELISA) (250/220)	<input type="checkbox"/> MG (ELISA) (80)	<input type="checkbox"/> EIA (AGID) (400)
<input type="checkbox"/> Serum collection (20)	<input type="checkbox"/> Pool sample	<input type="checkbox"/> CSFV (ELISA) (200)	<input type="checkbox"/> IBV (ELISA) (50)	<input type="checkbox"/> ND (ELISA)** (50)	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> .....	.....	<input type="checkbox"/> PCV-2 (ELISA) (200)	<input type="checkbox"/> IBDV (ELISA) (80)	<input type="checkbox"/> Brucellosis (RPT) (50)	<input type="checkbox"/> .....
<b>RETURN SAMPLE</b>	<b>Remark</b>				
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Keep	.....				

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.....