



ใบคำขอรับบริการทดสอบจุลพยาธิวิทยา/เซลล์วินิจฉัย

ศูนย์ชั้นสูงโรคสัตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี 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)	

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)									
ชื่อโครงการวิจัย (ถ้ามี)									
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ประเภทตัวอย่างส่งตรวจ (sample type): <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อวัยยะ (ตามรายการด้านล่าง*) <input type="checkbox"/> เนื้ออก (surgical biopsy) <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้องานวิจัย (Research) <input type="checkbox"/> ของเหลว (fluids) <input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (urine) <input type="checkbox"/>								
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)	ลักษณะตัวอย่างส่งตรวจ (sample preparation): <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อในฟอร์มาลิน (formalin-fixed tissue) <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อสด (frozen/fresh tissues) <input type="checkbox"/> บล็อกพาราฟิน (paraffin block) <input type="checkbox"/> สไลด์ H&E <input type="checkbox"/> สไลด์แก้ว (smear slide un-stained) <input type="checkbox"/> สไลด์เซลล์วิทยา (cytology slides) <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อในสาร (fixed in)								
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline)		วันที่เก็บตัวอย่าง			วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง			
	<input type="checkbox"/>		วันที่เก็บตัวอย่าง		เวลา	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze)			
พันธุ์ (BREED)			วันที่ Fixed ตัวอย่าง			<input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)			
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female)		รายการทดสอบ (HISTOPATHOLOGY TEST)			ย้อมสีพิเศษ (SPECIAL STAIN)			
อายุ (AGE)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> อ่านสไลด์จุลพยาธิวิทยาพร้อมรายงานผล (histopathology report) (300)			<input type="checkbox"/> Acid-fast stain (100)			
ประวัติ อาการ การรักษา	<input type="checkbox"/> อ่านสไลด์จุลพยาธิวิทยา (histopathology report) (นำสไลด์ H&E มาเอง) (200)		<input type="checkbox"/> อ่านสไลด์เซลล์วิทยา (cytology) (200)			<input type="checkbox"/> Congo red (150) <input type="checkbox"/> Gram's (100)			
	<input type="checkbox"/> ทำสไลด์จุลพยาธิวิทยา (histopathology; H&E) (150)แผ่น		<input type="checkbox"/> ทำสไลด์พาราฟิน (paraffin block) (150)ชิ้น/บล็อกบล็อก			<input type="checkbox"/> Masson trichrome (MT) (150)			
	<input type="checkbox"/> ทำสไลด์จุลพยาธิวิทยา (histopathology; H&E) (150)แผ่น		<input type="checkbox"/> ทำสไลด์พาราฟิน (paraffin block) (150)ชิ้น/บล็อกบล็อก			<input type="checkbox"/> Periodic-acid Schiff (PAS) (200)			
การคืนตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> คืน <input type="checkbox"/> ไม่คืน	<input type="checkbox"/> คืน <input type="checkbox"/> ไม่คืน		<input type="checkbox"/> ทำสไลด์พาราฟิน (paraffin block) (150)ชิ้น/บล็อกบล็อก			<input type="checkbox"/> Toluidine blue (100)			
การบรรจุตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการกล่อง	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการกล่อง		<input type="checkbox"/> ตัดสไลด์บน Coat slide ไม่ย้อมสี (unstained coat slide) (30)แผ่น			<input type="checkbox"/> Diff-Quick (200) <input type="checkbox"/> Giemsa (100)			
<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดเล็ก 25 แผ่น (100)	<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดเล็ก 25 แผ่น (100)		<input type="checkbox"/> ตัดสไลด์บน Slide ธรรมดา ไม่ย้อมสี (unstained slide) (20)แผ่น			<input type="checkbox"/> IHC			
<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดกลาง 50 แผ่น (175)	<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดกลาง 50 แผ่น (175)		<input type="checkbox"/> แก้วไขบล็อกพาราฟิน (re-embedded) (10) <input type="checkbox"/> ปิดสไลด์ถาวร (cover slide) (5)			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดใหญ่ 100 แผ่น (250)	<input type="checkbox"/> กล่องสไลด์ ขนาดใหญ่ 100 แผ่น (250)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
*รายการตัวอย่างชิ้นเนื้อ (SAMPLE NAME/ORGAN)									
NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO
<input type="checkbox"/> Cerebrum		<input type="checkbox"/> Kidney		<input type="checkbox"/> Ileum		<input type="checkbox"/> Reticulum		<input type="checkbox"/> Lymph node	
<input type="checkbox"/> Cerebellum		<input type="checkbox"/> Spleen		<input type="checkbox"/> Cecum		<input type="checkbox"/> Omasum		<input type="checkbox"/> Mass	
<input type="checkbox"/> Heart		<input type="checkbox"/> Stomach		<input type="checkbox"/> Colon		<input type="checkbox"/> Abomasum		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lung		<input type="checkbox"/> Duodenum		<input type="checkbox"/> Rectum		<input type="checkbox"/> Pancreas		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Liver		<input type="checkbox"/> Jejunum		<input type="checkbox"/> Rumen		<input type="checkbox"/> Testis <input type="checkbox"/> Ovary		<input type="checkbox"/>	
Remark									
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.....