



ใบคำขอรับบริการผ่าชันสูตรซาก

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)

ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประวัติ/อาการป่วย (HISTORY/CLINICAL SIGN)	
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		วันที่ตาย:	วิธีเก็บรักษาซากสัตว์ <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/>	ประวัติ อาการป่วย การรักษา:	
พันธุ์ (BREED)			
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (unknown) <input type="checkbox"/>		
อายุ (AGE)			

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)

LABORATORY REQUEST FOR	SAMPLE TYPE	CARCASS SIZE		CONDITION	NUMBER OF ANIMAL
<input type="checkbox"/> Necropsy (500/600/1000)	<input type="checkbox"/> Live animal	<input type="checkbox"/> S (<1kg)	<input type="checkbox"/> XL (30-100kg)	<input type="checkbox"/> Fresh	
<input type="checkbox"/> Sample collection (100)	<input type="checkbox"/> Carcass	<input type="checkbox"/> M (1-10kg)	<input type="checkbox"/> XXL (>100kg)	<input type="checkbox"/> Autolysis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L (10-30kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FURTHER LABORATORY			RESPONSIBLE VETERINARIAN	CARCASS MANAGEMENT	
<input type="checkbox"/> Histopathology <input type="checkbox"/> Cytology		<input type="checkbox"/> Serology <input type="checkbox"/> Virology	<input type="checkbox"/> KB <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> KP	<input type="checkbox"/> Return (○ with stitches)	
<input type="checkbox"/> Bacteriology (○ Conventional ○ Vitek2)		<input type="checkbox"/> Parasitology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incineration (400/40x.....kg)	
<input type="checkbox"/> Mycology <input type="checkbox"/> Molecular biology		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incineration and keep bone and ash (200)	

Remark

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.....