



## ใบคำขอรับบริการทดสอบคัดลยพยาธิวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)  
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641  
Line : @vrq8141n E-mail : vet\_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้ส่งที่กรอกข้อมูล)

CASE No. ....

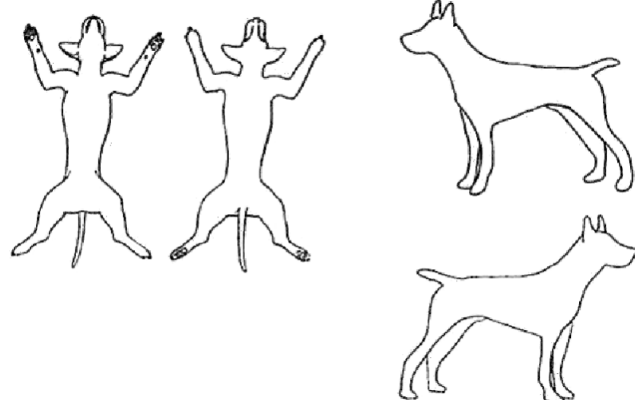
DATE .....

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)

SAMPLE DETAIL			
Animal name	Animal ID/OPD		
Species	<input type="checkbox"/> Canine <input type="checkbox"/> Feline <input type="checkbox"/> Avian <input type="checkbox"/> Exotic ..... <input type="checkbox"/> .....		FIXATIVE INFORMATION
Breed	<input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Shih Tzu <input type="checkbox"/> Poodle <input type="checkbox"/> German shepherd <input type="checkbox"/> Golden retriever <input type="checkbox"/> Labrador <input type="checkbox"/> Pomeranian <input type="checkbox"/> Chi Hua Hua <input type="checkbox"/> DSH <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> American short hair <input type="checkbox"/> .....		Fixed date
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Neutered <input type="checkbox"/> .....		Fixed time
Age	Body weight	kg	Fixative <input type="checkbox"/> 10% Formalin <input type="checkbox"/> .....
History (include signs, duration, therapy, management practices, ration, or previous history of disease)			
Organ / site of lesion			
Duration of growth			
Shape	<input type="checkbox"/> Round <input type="checkbox"/> Oval <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> .....	Size	..... cm / mm
Metastasis (from thoracic X-ray)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		
Lymph node involvement	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		
Color	<input type="checkbox"/> Grey <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Yellow <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> .....		
Consistency	<input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Firm <input type="checkbox"/> Hard		
Hemorrhages	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Suppuration	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Ulceration	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Alopecia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Mammary gland tumor	Anterior [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lt Posterior Anterior [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Rt Posterior		
HISTOPATHOLOGY TEST			
<input type="checkbox"/> อานส์ไลต์จุลพยาธิวิทยาพร้อมรายงานผล (histopathology report) (300/แผ่น) .....แผ่น			
<input type="checkbox"/> อานส์ไลต์จุลพยาธิวิทยา (histopathology report) (นําสไลด์ H&E มาเอง) (200/แผ่น) .....แผ่น			
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.....