



ใบคำขอรับบริการเผาซาก/ขยะติดเชื้อ

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

(ส่วนของผู้รับที่กรอกข้อมูล)

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)		
รายละเอียดซากสัตว์ (CARCASS SAMPLE)		รายละเอียดขยะติดเชื้อ (INFECTIOUS WASTE)		
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประเภทขยะติดเชื้อ (TYPE)	จำนวนถุง (NUMBER OF PACK)	น้ำหนัก (WEIGHT)
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อติดเชื้อ (infectious tissues)		kg
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เข็มติดเชื้อ (infectious needle)		kg
พันธุ์ (BREED)		<input type="checkbox"/> ไซริงค์ติดเชื้อ (infectious syringe)		kg
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (unknown) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
อายุ (AGE)		Remark		
วันที่เสียชีวิต (DATE OF DEATH)	น้ำหนัก (WEIGHT) kg			
วิธีเก็บรักษาซากสัตว์ (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)			
สาเหตุการเสียชีวิต (CAUSE)	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อ (infectious disease) <input type="checkbox"/> โรคชรา (senile) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบสาเหตุ (unknown) <input type="checkbox"/>			

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)

LABORATORY REQUEST FOR		CARCASS CONDITION	PLACE OF CARCASS
<input type="checkbox"/> เผาซาก (Incineration) (ราคา 400/40x.....kg)		<input type="checkbox"/> ซากสด (Fresh)	<input type="checkbox"/> เก็บซากที่ห้องผ่าซาก
<input type="checkbox"/> เก็บกระดูก (Incineration and bone/ash storage) (200/300)		<input type="checkbox"/> ซากเน่า (Autolysis)	(-20 Necropsy Hall)
<input type="checkbox"/> ทำพิธีทางศาสนา (Cremation ceremony) (2,000)	วันที่ (DATE)	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (Unknown)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

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.....