



## ใบคำขอรับบริการทดสอบแบคทีเรียวิทยาและราวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ 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

(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) *กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)					
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประวัติ อาการป่วย (HISTORY/CLINICAL SIGN)			
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		ประวัติการให้ยาปฏิชีวนะ			
		วันที่เก็บตัวอย่าง		เวลาที่เก็บตัวอย่าง	
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> Avian <input type="checkbox"/> Aquatic <input type="checkbox"/> Canine <input type="checkbox"/> Feline <input type="checkbox"/> .....	ลักษณะตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE PREPARATION)	จำนวน (NO)	ลักษณะตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE PREPARATION)	จำนวน (NO)
พันธุ์ (BREED)		<input type="checkbox"/> Swab [ Lt / Rt ] <input type="checkbox"/> Wound .....		<input type="checkbox"/> Tissues/biopsy [ Lt / Rt ] .....	
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Swab [ Lt / Rt ] <input type="checkbox"/> Wound .....		<input type="checkbox"/> Body fluid [ Lt / Rt ] .....	
อายุ (AGE)					
คำแนะนำในการเก็บตัวอย่างเบื้องต้น		<input type="checkbox"/> Aspirate [ Lt / Rt ] .....		<input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> PUS <input type="checkbox"/> Blood .....	
SWAB - นำส่งตัวอย่างภายใน 2 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้องหรือเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง		<input type="checkbox"/> Aspirate [ Lt / Rt ] .....		<input type="checkbox"/> Blood agar .....	
BLOOD - เก็บ 1-5 ml นำส่งตัวอย่างภายใน 2 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้องหรือเก็บรักษาที่ อุณหภูมิห้องและนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง		<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Midstream <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Cystocentesis		<input type="checkbox"/> Skin scraping .....	
URINE - เก็บ 5-10 ml นำส่งทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหรือเก็บรักษาที่ 4°C แล้วรีบนำส่ง ภายใน 24 ชั่วโมง					
LABORATORY REQUEST FOR		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)		
<input type="checkbox"/> Fungal culture and identification (250)		DRUG SENSITIVITY (6-8 DRUGS)			
<input type="checkbox"/> Bacterial identification and drug sensitivity (250)		<input type="checkbox"/> Amikacin(AK) <input type="checkbox"/> Cephalexin(CL) <input type="checkbox"/> Doxycycline(DO) <input type="checkbox"/> Neomycin(N) <input type="checkbox"/> PolymyxinB(PB)			
<input type="checkbox"/> VITEK2 with MIC (950) <input type="checkbox"/> VITEK2 iden (550) <input type="checkbox"/> MIC (550)		<input type="checkbox"/> Amoxycillin(AML) <input type="checkbox"/> Cephalothin(KF) <input type="checkbox"/> Enrofloxacin(ENR) <input type="checkbox"/> Nitrofurantoin(F) <input type="checkbox"/> Rifampicin(RD)			
BACTERIAL IDENTIFICATION (250)		<input type="checkbox"/> Amoxy/clav(AMC) <input type="checkbox"/> Cephazolin(KZ) <input type="checkbox"/> Erythromycin(E) <input type="checkbox"/> Norfloxacin(NOR) <input type="checkbox"/> Streptomycin(S)			
<input type="checkbox"/> Actinobacillus spp.	<input type="checkbox"/> Enterobacter spp.	<input type="checkbox"/> Salmonella spp.			
<input type="checkbox"/> Aeromonas spp.	<input type="checkbox"/> Escherichia coli	<input type="checkbox"/> Streptococcus spp.			
<input type="checkbox"/> Bordetella spp.	<input type="checkbox"/> Klebsiella spp.	<input type="checkbox"/> Staphylococcus spp.			
<input type="checkbox"/> Corynebacterium spp.	<input type="checkbox"/> Pasteurella spp.	<input type="checkbox"/> .....			
		<input type="checkbox"/> Bacracin(B)	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacin(CIP)	<input type="checkbox"/> Gentamycin(CN)	<input type="checkbox"/> Optocin(OP)
		<input type="checkbox"/> Ceftazidime(CAZ)	<input type="checkbox"/> Clindamycin(DA)	<input type="checkbox"/> Imipenem(IPM)	<input type="checkbox"/> Oxacillin(OX)
		<input type="checkbox"/> Ceftiofur(EFT)	<input type="checkbox"/> Cloxacillin(OB)	<input type="checkbox"/> Kanamycin(K)	<input type="checkbox"/> Oxytetracycline(OT)
		<input type="checkbox"/> Ceftriaxone(CRO)	<input type="checkbox"/> Colistin(CT)	<input type="checkbox"/> Lincomycin(MY)	<input type="checkbox"/> Penicillin(GP)
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.....