



ใบคำขอรับบริการทดสอบอณูชีววิทยา

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)							
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TYPE)	จำนวน (NUMBER)
1							
2							
3							
4							
5							
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (Freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (Room temp)			

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER) MOLECULAR BIOLOGY TEST							
AVIAN	SAMPLE	BLOOD PARASITE	SAMPLE	SWINE	SAMPLE	AQUATIC ANIMAL	SAMPLE
AI cPCR (700) <input type="checkbox"/> type A <input type="checkbox"/> H5/H7/H9		<input type="checkbox"/> <i>Anaplasma</i> spp. (500) <input type="checkbox"/> <i>Babesia</i> spp. (500)		ASF <input type="radio"/> cPCR (400) <input type="radio"/> qPCR (800/1,000)		<input type="checkbox"/> KHV (600) <input type="checkbox"/> TiLV (700)	
IBV <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200)		<input type="checkbox"/> <i>Ehrlichia canis</i> (500) <input type="checkbox"/> <i>Theileria</i> spp. (500)		<input type="checkbox"/> CSF (700) <input type="checkbox"/> HP-PRRSV (700)		<input type="checkbox"/> CEV (600)	
<input type="checkbox"/> IBDV (700)		<input type="checkbox"/> <i>Trypanosoma evansi</i> (500)		<input type="checkbox"/> PRRSV (800)		<input type="checkbox"/> Bird sexing (350/300)	
<input type="checkbox"/> ILT (600)		FELINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> PCV-2 (600)		<input type="checkbox"/> <i>Clostridium perfringens</i> toxins (700)	
NDV <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,500/2,500)		FIP <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200)		<input type="checkbox"/> PED (700)		Leptospirosis <input type="radio"/> cPCR (600) <input type="radio"/> qPCR (1,200)	
<input type="checkbox"/> PDD (700)		<input type="checkbox"/> FIV (600)		EQUINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> <input type="radio"/> cPCR (600) <input type="radio"/> qPCR (1,200)	
<input type="checkbox"/> PBFDV (600)		<input type="checkbox"/> FeLV (600)		AHS <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200)		Melioidosis <input type="radio"/> cPCR (700) <input type="radio"/> qPCR (1,200)	
<input type="checkbox"/> APV (600)		<input type="checkbox"/> Feline panleukopenia (600)		ELEPHANT	SAMPLE	<input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium</i> spp. (600) <input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i> (600)	
<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia psittaci</i> (600)		BOVINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> EEHV1A <input type="checkbox"/> EEHV4 <input type="radio"/> cPCR (600) <input type="radio"/> qPCR (1,200)			
<input type="checkbox"/> <i>Pasteurella multocida</i> (600)		<input type="checkbox"/> BLV (700)					
<input type="checkbox"/> MG/MS qPCR (1200)		<input type="checkbox"/> BVD (700)					
CANINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> FMDV (700)					
<input type="checkbox"/> CDV (700)		<input type="checkbox"/> LSDV (600)					
<input type="checkbox"/> CPV (600)							
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...../.....จำนวนเงินบาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../.....เวลา..... จำนวนเงินบาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาคำตรวจ							

Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....