



## ใบคำขอรับบริการตรวจปฏิบัติการไวรัสวิทยา

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

(ส่วนของผู้ที่กรอกข้อมูล)

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 TPYE)	จำนวน (NUMBER)
		<input type="checkbox"/> สุกร (Swine) <input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
		<input type="checkbox"/> สุกร (Swine) <input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....			

\*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)			
Tests		Virus name	
<input type="checkbox"/> HA (50) <input type="checkbox"/> HI (50) <input type="checkbox"/> Viral inoculation: SPF egg (1,500 Baht/10 samples) <input type="checkbox"/> Viral inoculation: Cell culture <input type="checkbox"/> P2 Laboratory usage service (1,000)	<input type="checkbox"/> Viral titer <input type="checkbox"/> Viral isolation <input type="checkbox"/> Virustatic test <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> AIV <input type="checkbox"/> NDV <input type="checkbox"/> PRRSV <input type="checkbox"/> LSDV <input type="checkbox"/> CPV	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Note			
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 <b>หมายเหตุ :</b> กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ			

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