

ใบส่งปรึกษาเพื่อการส่งตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี Immunofluorescence

กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลเชียงรายประชุเคราะห์

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....

HN..... AN..... วอร์ด.....

แพทย์ผู้ส่งปรึกษา..... แผนก.....

วัน-เวลา ที่จะผ่าตัด.....

(นัดล่วงหน้าก่อนผ่าตัดอย่างน้อย ๒ วันทำการ, นำส่งชิ้นเนื้อก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. ของวันที่ผ่าตัด)

ประวัติการเจ็บป่วย:

.....
.....
.....
.....
.....

การวินิจฉัยโรค:

.....
.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ส่งปรึกษา.....

...../...../..... เวลา.....

*ใบส่งปรึกษาเท่านั้น ต้องส่ง Request form (F-PTH-๐๒) พร้อมกับชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจทุกครั้ง

**กรณียกเลิก กรุณาแจ้งทางกลุ่มงานพยาธิวิทยา โทร 1749