

เลขที่ A _____

ทำวันที่ _____

เวลา _____

ใบขออนุญาตทำการตรวจศพ

กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ชื่อผู้ป่วย _____ HN _____

เพศ _____ อายุ _____ วรรค์ _____ แผนก _____

รับไว้วันที่ _____ เวลา _____ น. ถึงแก่กรรมวันที่ _____ เวลา _____ น.

ขอให้ทำการตรวจศพ ทั้งตัว เฉพาะบางอวัยวะ (ระบุ) _____

วันเวลาที่ต้องการรับศพ ญาติต้องการรับศพกลับ วันที่ _____ เวลา _____ น.

(การตรวจศพแต่ละรายใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง) ให้ศพแก่โรงพยาบาล

ผู้อนุญาตให้ทำการตรวจศพ ลายเซ็น _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) _____ โทรศัพท์ _____

แพทย์ผู้ขออนุญาตตรวจศพ ลายเซ็น _____

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) _____ โทรศัพท์ _____

* ควรมีพยานสองคนลงนามต่อหน้าผู้อนุญาต (แต่หากไม่มีให้ถืออนุโลมว่าได้กรอกข้อมูลครบถ้วน)

พยาน ลายเซ็น _____ ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) _____

พยาน ลายเซ็น _____ ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) _____

สรุปประวัติที่สำคัญของผู้ป่วย

อาการสำคัญ _____

ประวัติปัจจุบัน _____

ประวัติอดีต ประวัติครอบครัว _____

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Anti-HIV ตรวจเมื่อ _____ ผล _____

การรักษา _____

การวินิจฉัยโรค _____

ปัญหาที่สนใจให้พยาธิแพทย์ตรวจเป็นพิเศษ _____

เขียนสรุปประวัติที่สำคัญของผู้ป่วยต่อด้านหลังได้ ►