



คู่มือการให้บริการ : การบริการตรวจย้อมอิมมูโนฮีสโตเคมีด้วยเครื่องย้อมอัตโนมัติ  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานชั้นสูตรพิเศษ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์  
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การบริการตรวจย้อมอิมมูโนฮีสโตเคมีด้วยเครื่องย้อมอัตโนมัติ
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	กลุ่มงานชั้นสูตรพิเศษ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ให้บริการ :	โรงพยาบาลภาครัฐ/เอกชน และคลินิกต่างๆ
	ปริมาณผู้รับบริการเฉลี่ย 1,400 รายต่อเดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การบริการตรวจย้อมอิมมูโนฮีสโตเคมีด้วยเครื่องย้อมอัตโนมัติ	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเอง งานอิมมูโนฮีสโตเคมี อาคาร 2 ชั้น 2 สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์	<input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
2. สถานที่ เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
3. รูปแบบการให้บริการ : - ส่งตรวจย้อมสไลด์ชิ้นเนื้อแบบไม่แปลผล - ส่งที่สถาบันฯ ในเวลาราชการ - ส่งทางไปรษณีย์	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> 08.30-16.30 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
4. เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ : www.iop.or.th	
5. โทรศัพท์ : 0 2354 8208-15 ต่อ 236, 229	
6. ไปรษณีย์ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	



หมายเหตุ	
----------	--

<b>6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)</b>
กรณีส่งตรวจที่สถาบัน ฯ <ol style="list-style-type: none"><li>1. ใบส่งตรวจ (ใบ Request) กรอกข้อมูลให้ชัดเจนพร้อมสิ่งส่งตรวจ</li><li>2. ใบนำส่งราชการ/เอกสารราชการ กรณีใช้อัตราการราชการ</li></ol> กรณีส่งตรวจทางไปรษณีย์ <ul style="list-style-type: none"><li>- ส่งใบส่งตรวจ (ใบ Request) กรอกข้อมูลให้ชัดเจน และใบนำส่งราชการ/เอกสารราชการ กรณีใช้อัตราการราชการ โดยการใส่ซองหรือกล่องและป้องกันการเสียหายด้วยวัสดุกันกระแทกส่งมาที่สถาบันพยาธิวิทยา</li></ul>

<b>7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ</b>						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ส่งคำขอใบสั่งย้อมและสิ่งส่งตรวจที่หน่วยบริการห้องปฏิบัติการ	- กรอกรายละเอียดในใบสั่งย้อมให้ชัดเจน - กรณีเป็นหน่วยงานราชการให้นำหนังสือ - ลงชื่อผู้ส่ง/ลงเวลา/หน่วยงานลงในสมุดบันทึกการส่งตรวจ	10	นาที	งานอิมมูโนฮิสโตเคมี	รอบงานส่งที่ 1 8.30 ถึง 10.30 น. รอบงานส่งที่ 2 10.30 ถึง 15.30 น.
2.	ชำระค่าตรวจ	- นำใบสรุปค่าตรวจจากห้องแลป นำไปชำระค่าตรวจที่ฝ่ายการเงิน ฯ - รับใบเสร็จรับเงินแล้วนำมารับสไลด์ที่หน่วยบริการห้องแลปตามกำหนดเวลาที่ให้บริการ - กรณีส่งตรวจทางไปรษณีย์ ชำระค่าตรวจ	10	นาที	ฝ่ายการเงิน ฯ	



7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3.	รอรับสไลด์ที่ส่งตรวจ ย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมี		1 วันทำการ			รอบงานส่งที่ 1 รับสไลด์เวลา 10.30 น. ของ วันทำการถัดไป รอบงานส่งที่ 2 รับสไลด์เวลา 14.30 น. ของ วันทำการถัดไป
4.	รับสไลด์ตรวจอิมมูโนฮิสโตเคมีและ/หรือใบรายงานผลที่หน่วยบริการห้องปฏิบัติการ	- แสดงใบเสร็จรับเงินเพื่อขอรับสไลด์ - ลงชื่อผู้รับและลงเวลาในใบรับงาน	5	นาที	งานอิมมูโนฮิสโตเคมี	
	ระยะเวลาการดำเนินการรวม:		1 วันทำการ	หมายเหตุ :		

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ



10. ค่าบริการตรวจ (ข้อมูล ณ พ.ศ.2559)	
รายละเอียดค่าบริการ :	
ค่าบริการ :	ตามเอกสารที่แนบมา
หมายเหตุ :	ชำระด้วยเงินสด/เช็ค หรือเรียกเก็บแบบรายเดือน

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ	
1.	ชำระเป็นเงินสด ณ เคาน์เตอร์จ่ายเงิน ฝ่ายการเงินและบัญชี อาคาร 2 ชั้น 2
2.	ชำระผ่านทางธนาคาร ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี สถาบันพยาธิวิทยา สาขาถนนศรีอยุธยา เลขที่บัญชี 013 - 1 - 30701 - 0

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เว็บไซต์ : <a href="http://www.iop.or.th">www.iop.or.th</a>
2.	ตู้ร้องเรียนของสถาบันพยาธิวิทยา อาคาร 2 ชั้น 1
3.	ทางไปรษณีย์ เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑ 10400
4.	เข้าพบผู้อำนวยการ อาคาร 2 ชั้น 2
5.	ทางโทรศัพท์ เบอร์โทร 0 2354 8208-15 ต่อ 223

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	แบบฟอร์มใบส่งข้อมูลพิเศษ รหัสเอกสาร IOP-RQ-FO-09
ขอรับเอกสาร :	(สถานที่รับแบบฟอร์มเอกสาร งานอิมมูโนฮีสโตเคมี กลุ่มงานชันสูตรพิเศษ สถาบันพยาธิวิทยา หรือ ดาวโหลดไฟล์เอกสาร <a href="http://www.iop.or.th">www.iop.or.th</a> )

14. หมายเหตุ	
การชำระค่าตรวจรายเดือน ต้องทำหนังสือขออนุมัติผู้อำนวยการเพื่อขอชำระค่าตรวจเป็นรายเดือนก่อนใช้บริการ	