

 <b>ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th</b> ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี) เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203		<b>ชิ้นเนื้อ</b>		<b>ตำแหน่งติด Barcode ของสถาบันพยาธิวิทยา</b>	
โรงพยาบาล ..... HN .....					
ชื่อ / สกุล ผู้ป่วย (ต.ช. / ต.ญ. / นาย / นาง / นางสาว) .....		อายุ / วัน เดือน ปี เกิด .....		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ..... เลขที่บัตรประชาชน .....	
แพทย์ผู้ทำการรักษา .....		เบอร์โทรแพทย์ผู้รักษา .....		วันที่เก็บส่งตรวจ .....	
<input type="checkbox"/> ผลด่วน * (ผลด่วน โปรดระบุเหตุผลและวันที่นัดฟังผลด้วยทุกครั้ง) เหตุผล : .....				วันนัดฟังผลวันที่ : .....	
<b>FIXATIVE AGENT</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		จำนวน.....ถุง / ขวด จำนวน.....ชิ้น (กรณีที่สามารถระบุได้)			
<b>ชนิดของสิ่งส่งตรวจ</b> Organ / Site and side of specimen .....					
<b>วิธีการเก็บส่งตรวจ:</b> <input type="checkbox"/> needle biopsy <input type="checkbox"/> punch biopsy <input type="checkbox"/> incisional biopsy <input type="checkbox"/> excision <input type="checkbox"/> surgical removal <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Cone biopsy <input type="checkbox"/> other (specified) .....					
<b>การวินิจฉัยโรค</b> Clinical diagnosis.....					
<b>ประวัติ และการตรวจที่สำคัญ</b> (กรุณาส่ง Film X-ray or digital image สำหรับ case bone ทุกราย / ผลอ่าน imaging brain สำหรับเคส brain lesion / CBC สำหรับ case bone marrow) Clinical history and laboratory findings					
Special request: <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HER-2 <input type="checkbox"/> Ki 67 <input type="checkbox"/> Others (specified).....					
<b>ผลการตรวจสเมียร์ หรือ เซลล์วิทยา หรือ ชิ้นเนื้อครั้งก่อน</b> [ ] Yes [ ] No Examination Laboratory [ ] ผล Pathology Report.....เลขที่.....ตรวจที่..... [ ] ผล Cytology Report.....เลขที่.....ตรวจที่..... [ ] ผล Pap Report.....เลขที่.....ตรวจที่..... ลงนามแพทย์เจ้าของ case .....วันที่.....					
<b>เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันพยาธิวิทยา</b> <b>คัดยพยาธิ:</b> วันที่รับชิ้นเนื้อ .....เวลา.....น. <b>จุลพยาธิ:</b> วันที่รับตลับ .....เวลา.....น. วันที่ตัดชิ้นเนื้อ .....เวลา.....น. วันที่ส่ง slide .....เวลา.....น.					