

 <b>ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th</b> ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี) เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203	<table border="1" style="width: 100%; height: 60px; text-align: center;"> <tr> <td style="font-size: 2em; font-weight: bold;">ชิ้นเนื้อ</td> </tr> </table>	ชิ้นเนื้อ
ชิ้นเนื้อ		

โรงพยาบาล.....	HN.....										
ชื่อ / สกุล ผู้ป่วย (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว).....	อายุ / วัน เดือน ปี เกิด.....	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>								
แพทย์ผู้ทำการรักษา.....	โทรติดต่อ.....	เพศ.....	เลขที่บัตรประชาชน.....								
วันที่เก็บส่งตรวจ.....											

<b>เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย</b> <b>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน</b>	จำนวน.....ถุง / ขวด    จำนวน.....ชิ้น (กรณีที่มีระบุได้)
---	--

**ชนิดของสิ่งส่งตรวจ**  
Organ / Site and side of specimen .....

**วิธีการเก็บส่งตรวจ:**  
 needle biopsy  
 punch biopsy  
 incisional biopsy  
 excision  
 surgical removal  
 Curettage  
 Cone biopsy  
 other (specified) .....

**การวินิจฉัยโรค**  
Clinical diagnosis.....

**ประวัติ และการตรวจที่สำคัญ** (กรุณาส่ง Film X-ray or digital image สำหรับ case bone ทุกราย / ผล CBC สำหรับ case bone marrow ทุกราย)  
Clinical history and laboratory findings

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Special request:  ER  
 PR  
 HER-2  
 Ki 67  
 Others (specified).....

**ผลการตรวจสเมียร์ หรือ เซลล์วิทยา หรือ ชิ้นเนื้อครั่งก่อน**    [ ] Yes    [ ] No

Examination Laboratory	[ ]	ผล Pathology Report.....	เลขที่.....	ตรวจที่.....
	[ ]	ผล Cytology Report.....	เลขที่.....	ตรวจที่.....
	[ ]	ผล Pap Report.....	เลขที่.....	ตรวจที่.....

ลงนามแพทย์เจ้าของ case ..... วันที่.....

**เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันพยาธิวิทยา**

<b>ส่งพยาธิ:</b> วันที่รับชิ้นเนื้อ ..... เวลา..... น. วันที่ตัดชิ้นเนื้อ ..... เวลา..... น.	<b>จุลพยาธิ:</b> วันที่รับตลับ ..... เวลา..... น. วันที่ส่ง slide ..... เวลา..... น.
--	--