

	ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี) เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203	ใบส่งตรวจ อณูพยาธิวิทยา FISH
--	---	---

โรงพยาบาล HN	HN	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ชื่อ / สกุล ผู้ป่วย (ต.ช. / ต.ญ. / นาย / นาง / นางสาว)	อายุ / วัน เดือน ปี เกิด	เพศ เลขที่บัตรประชาชน
แพทย์ผู้ทำการรักษา	โทรติดต่อ	วันที่เก็บส่งตรวจ

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย
 กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

Specimen data

Original block (or slide) number.....

Formalin fixation time.....hours.

Request for

HER-2 DISH N-myc FISH EWSR FISH Synovial FISH ALK FISH

Clinical data

Clinical history.....

Clinical diagnosis.....

Hormonal status ER + - (..... %) PR + - (..... %)

HER2 score by IHC 1+ 2+ 3+

HER2 IHC slide Yes No

หมายเหตุ

- การตรวจทุกรายการ รายงานผลภายใน 7 วันทำการ นับจากวันที่รับส่งตรวจ ยกเว้น กรณี Repeat หรือขอบล็อกจากสไลด์เพิ่มเติม จะล่าช้ากว่ากำหนด
- การส่งตรวจ HER2 DISH จะต้องส่งตัวอย่าง Block/Slide ที่ต้องการตรวจ, ผลย้อม HER2 (IHC) พร้อมสไลด์และใบรายงานผลทางพยาธิวิทยา

ติดต่อ โทร. 0-2354-8208 ถึง 15 ต่อ 136