

 <b>ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th</b> ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี) เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203		<h1>ใบส่งปรึกษา</h1>	
..... 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 เพศ	<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"/> <input type="text"/> เลขที่บัตรประชาชน
..... แพทย์ผู้ทำการรักษา	..... โทรติดต่อ	..... วันที่เก็บส่งตรวจ	
<b>เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย</b> <b>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน</b>			
<b>สิ่งที่ส่งมาด้วย</b> 1. สำเนาใบรายงานผลทางพยาธิวิทยา (Pathology report/ Initial report)    หมายเลข..... 2. paraffin block(s).....(จำนวน blocks)    หมายเลข..... 3. slide(s) .....(จำนวน slides)    หมายเลข ..... 4. ภาพถ่ายรังสีที่เกี่ยวข้อง    หมายเลข..... [กรุณาส่ง Film X-ray or digital image สำหรับ case bone ทุกทราย / ผล CBC สำหรับ case bone marrow ทุกทราย]			
Organ / Site and side of specimen			
Clinical diagnosis			
Clinical history and laboratory findings			
Gross and microscopic findings (including special staining, if performed)			
Differential diagnosis/ Diagnosis			
Questions / Problems			
ลงนามแพทย์เจ้าของ case .....			
เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันพยาธิวิทยา			