



ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th

ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี)

เขตราษฎร์เทพ กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203

ใบส่งตรวจ

Pap smear/ FNA/ fluid/ sputum

เซลล์วิทยา

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

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย
กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

จำนวน.....ถุง / ขวด จำนวน.....สไลด์

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ

Gyn <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endocervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Washing <input type="checkbox"/> Brushing <input type="checkbox"/> Aspiration	Non-gyn <input type="checkbox"/> Effusion () Pleural <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. () Peritoneal () Pericardial <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchial () washing () brushing <input type="checkbox"/> Tracheal suction <input type="checkbox"/> Urine () Voided () Cath. <input type="checkbox"/> Other.....	FNA <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Neck.....(specified) <input type="checkbox"/> Lymph node.....(specified) <input type="checkbox"/> Salivary gland..... (specified) <input type="checkbox"/> Parotid gland.....(specified) <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Other.....
--	---	--

การวินิจฉัยโรค

Clinical diagnosis

ประวัติและการตรวจที่สำคัญ (ระบุ)

Clinical history and laboratory findings

LMP..... Para..... Last.....

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย

จำนวนการตั้งครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย

ประวัติการรักษา (ระบุ) : Hormones Radiation IUD Other.....

Previous treatment

สิ่งผิดปกติที่ตรวจพบ

Clinical finding

ผลการตรวจเสมียร์ หรือ เซลล์วิทยา หรือ ขึ้นเนื้อครั้งก่อน Yes NoExamination Laboratory ผล Pathology Report.....เลขที่.....ตรวจที่..... ผล Cytology Report.....เลขที่.....ตรวจที่..... ผล Pap Report.....เลขที่.....ตรวจที่.....

เฉพาะห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยา สถาบันพยาธิวิทยา

วันที่รับส่งตรวจ..... วันที่อ่านผล.....

วันที่ลงทะเบียน..... วันที่ QA.....

วันที่ยอมสไลด์..... วันที่ส่งพยาธิแพทย์.....

วันที่รับอ่าน.....