



ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th

ศูนย์รับส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี)

เขตราษฎร์ กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203

ชิ้นเนื้อ

ตำแหน่งติด Barcode
ของสถาบันพยาธิวิทยา

โรงพยาบาล

HN

ชื่อ / สกุล ผู้ป่วย (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว)

อายุ / วัน เดือน ปี เกิด

☐ ชาย ☐ หญิง

เพศ

เลขที่บัตรประชาชน

แพทย์ผู้ทำการรักษา

เบอร์โทรแพทย์ผู้รักษา

วันที่เก็บส่งตรวจ

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

จำนวน.....ถุง / ขวด จำนวน.....ชิ้น (กรณีที่ระบุได้)

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ

Organ / Site and side of specimen

วิธีการเก็บส่งตรวจ: ☐ needle biopsy ☐ punch biopsy ☐ incisional biopsy ☐ excision ☐ surgical removal

☐ Curettage ☐ Cone biopsy ☐ other (specified)

นัดฟังผลวันที่ :

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 ชิ้นเนื้อครั้งก่อน [] Yes [] No

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

[] ผล Cytology Report.....เลขที่.....ตรวจที่.....

[] ผล Pap Report.....เลขที่.....ตรวจที่.....

ลงนามแพทย์เจ้าของ caseวันที่.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันพยาธิวิทยา

ศัลยพยาธิ:

วันที่รับชิ้นเนื้อเวลา.....น.

วันที่ตัดชิ้นเนื้อเวลา.....น.

จุลพยาธิ:

วันที่รับกลับเวลา.....น.

วันที่ส่ง slideเวลา.....น.