

ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
แบบฟอร์มขอให้ส่งสิ่งตรวจไปยังหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
โทรศัพท์ 0 2256 4000 ต่อ 80330, 80331

---

ห้องปฏิบัติการ

- |                                         |                                           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แบคทีเรียวิทยา | <input type="checkbox"/> ราวิทยา          |
| <input type="checkbox"/> ไวรัสวิทยา     | <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันวิทยา |

องค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานที่ต้องการส่งสิ่งตรวจ

- |                                                    |                                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | <input type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ |
| <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลศิริราช       | <input type="checkbox"/> 4. โรงพยาบาลบางรัก         |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....        |                                                     |

เอกสารแนบ

- ☐ ใบขอให้ส่งสิ่งตรวจไปยังหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (F-1910)
  - ☐ ใบส่งตัวอย่างตรวจขององค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานที่ต้องการส่งสิ่งตรวจ
  - ☐ ค่าใช้จ่ายในการบริการตรวจวิเคราะห์ จำนวน.....บาท (หากมี)
  - ☐ จำนวนสิ่งส่งตรวจ.....รายการ
- รหัสการทดสอบ.....ชื่อการทดสอบ.....
- รหัสการทดสอบ.....ชื่อการทดสอบ.....
- รหัสการทดสอบ.....ชื่อการทดสอบ.....

กรณาระบุภาวะ/วิธีการนำส่งพร้อมข้อควรระวัง

.....

.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง...../...../.....

| ผู้ขอให้ส่งสิ่งส่งตรวจ<br>(ผู้รับบริการภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) | ผู้รับสิ่งส่งตรวจ<br>(นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์) |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ชื่อ-นามสกุล.....                                                | ชื่อ-นามสกุล.....                                               |
| สถานที่ปฏิบัติงาน.....                                           | สถานที่ปฏิบัติงาน.....                                          |
| โทรศัพท์.....                                                    | โทรศัพท์.....                                                   |
| อีเมล.....                                                       | อีเมล.....                                                      |

โปรดระบุ : ☐ ต้องการให้ฝ่ายจุลชีววิทยาผลการทดสอบจากหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

☐ ไม่ต้องการให้ฝ่ายจุลชีววิทยาผลการทดสอบจากหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

---

ส่วนนี้บันทึกเมื่อนำสิ่งส่งตรวจไปยังหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ผู้ส่งสิ่งส่งตรวจ (เจ้าหน้าที่ธุรการ)                       | ผู้รับสิ่งส่งตรวจ<br>(องค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานที่ต้องการส่งสิ่งส่งตรวจ) |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ลงชื่อ.....ผู้รับตัวอย่าง<br>...../...../.....<br>เวลา..... | ลงชื่อ.....ผู้รับตัวอย่าง<br>...../...../.....<br>เวลา.....               |