ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0-2256-4132 โทรสาร 0-2252-5958	No…… วันที่...../...../.....

.บันทึกทบทวนคำขอ/ข้อตกลง

ระหว่างฝ่ายวิชาจุลชีววิทยาและผู้รับบริการ

1. ฝ่ายจุลชีววิทยาจะตรวจวิเคราะห์ตามรายละเอียดที่แสดงไว้ ดังนี้

   ผู้รับบริการภายใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

   1.1 คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา สำหรับผู้รับบริการภายใน รพ.จุฬาลงกรณ์ (SD-401)

   1.2 Laboratory Request Form (สำหรับผู้รับบริการภายใน) บ.6321 (F-1901)

   ผู้รับบริการภายนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

   1.3 คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา สำหรับผู้รับบริการภายนอก (SD-402)

   1.4 Laboratory Request Form (สำหรับผู้รับบริการภายนอก) (F-1932)

2. ผู้รับบริการกรอกรายละเอียดในใบคำขอตรวจ (Laboratory Request Form) ให้ครบถ้วน นำส่งใบคำขอตรวจพร้อมส่งส่งตรวจ ณ จุดรับส่งสิ่งส่งตรวจ ต่อไปนี้

   ในเวลาราชการ

   อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 3 โซน B: ห้องรับสิ่งส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา เวลา 08.00-15.30 น.

   (กรณีสั่งตรวจเร่งด่วน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องรับสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง)

   นอกเวลาราชการ

   อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 3 โซน B : รับสิ่งส่งตรวจทางแบคทีเรียวิทยา ราวิทยา บางรายการที่ส่งตรวจทางไวรัส วิทยา และรายการตรวจที่เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก (คลินิกพิเศษ) ฉุกเฉิน

3. รายงานผลการตรวจด้วยระบบสารสนเทศ หรือพิมพ์รายงานผลจากระบบสารสนเทศ ตามกำหนด
4. กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติงานจะแจ้งให้ผู้รับบริการทราบเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา

ผู้รับบริการ (.....)

1. จัดเก็บสิ่งส่งตรวจตามคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและนำส่งภายในเวลาที่กำหนด
2. ยอมรับขั้นตอนการทดสอบและวิธีการรายงานผลของฝ่ายตามที่ระบุในคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา

ข้อตกลงนี้เป็นข้อตกลงระหว่างหน่วยงาน และได้ลงนามโดยผู้มีอำนาจ

1. ฝ่ายจุลชีววิทยา ลงนาม.....

   หัวหน้าฝ่ายจุลชีววิทยา

   ...../...../.....

2. ผู้รับบริการ ลงนาม.....

   ตำแหน่ง.....

   ...../...../.....