

**PATHOLOGY DIAGNOSTIC CENTER CO.,LTD.**

บจก. พาโทโลจี ไดแอกโนสติก เซ็นเตอร์

1011/2 ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Tel. 02-8668966-67 Mobile. 090-0086757 Fax. 02-8668970

ติดต่อ/ร้องเรียนผ่านผู้บริหาร : manager@thaipatho.com

**REQUEST FOR
BONE MARROW STUDY**

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เลขที่การตรวจทางพยาธิวิทยา

Please complete the form, otherwise the process may delay in some cases.

Name :	Lastname :	Sex <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	Age	Y
Hospital/Clinic		HN:		
<input type="radio"/> IPD, AN :	<input type="radio"/> OPD, appointment date :	ID Card :		
Underlying disease / Previous pathological report :		DOB :		

Clinical information :

Date of operation :

CBC : Date Hb.....g/dl, Hct.....%, WBC....., Neu.....%, Lym.....%,
Mono.....%, Eos.....%, Plt....., Note :Received chemotherapy no yes, specify

ล่าสุดวันที่ :

Received growth factor no yes, specify

ล่าสุดวันที่ :

Clinical Impression :

ประเภทการส่งตรวจ : Review/Consult ขอผลด่วน (ได้รับผลภายใน 13.00 น. หลังวันได้รับ specimen) Bone marrow biopsy Clotted marrow Bone marrow imprint Bone aspirate smear Peripheral blood smear with immunohistochemistry : ระบุชนิด antibody หรือ package การย้อมคือ..... Classical cytogeneticsระบุพยาธิแพทย์ที่ต้องการส่งปรึกษา : ไม่ระบุ ระบุ (ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม) :

ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้รับผลตรวจ

เลข ว.

เบอร์โทร :
(โปรดระบุ)

(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา)

วันที่รับชิ้นเนื้อ :

Pathologist :

ผู้ช่วยพยาธิแพทย์ :

Code ชิ้นเนื้อ :