

**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
CYTOPATHOLOGY**

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เลขที่การตรวจทางพยาธิวิทยา

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

Name : Lastname : Sex Male Female Age Y

Hospital/Clinic HN:

 IPD, AN : OPD, appointment date : ID Card :

Underlying disease / Previous pathological report : DOB :

Clinical information :

Date of operation :

Gynecologic specimen	Non-Gynecologic specimen	
	Fluid	FNA (Smears)
<input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Ectocervix <input type="radio"/> Endocervix <input type="radio"/> Endometrium (Aspiration/Brushing/Washing)	<input type="radio"/> Pleural effusion <input type="radio"/> Sputum <input type="radio"/> Pericardial effusion <input type="radio"/> Ascites <input type="radio"/> CSF <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> Brochoalveolar lavage <input type="radio"/> Brushing from..... <input type="radio"/> Washing from..... <input type="radio"/> Other, ระบุ	<input type="radio"/> Thyroid <input type="radio"/> Salivary gland <input type="radio"/> Lymph node <input type="radio"/> Breast <input type="radio"/> Lung, transbronchial/transthoracic <input type="radio"/> Pancreas <input type="radio"/> Liver <input type="radio"/> Other, ระบุ
Additional information LMP : Para : Last : Contraceptive :	Location :	

ประเภทการส่งตรวจ : Routine cytopathology ขอผลด่วน (ได้รับผลภายใน 13.00 น. หลังวันรับ specimen)
 Review/Consultระบุพยาธิแพทย์ที่ต้องการส่งปรึกษา : ไม่ระบุ ระบุ : ชื่อ

ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้รับผลตรวจ เลข ว. เปรอริโทร : (โปรดระบุ)

(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา)

วันที่รับชิ้นเนื้อ : Pathologist : Technician :

Code ราคา :