



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

**บจก. พาโทโลจี ไดแอกโนสติก เซ็นเตอร์**

1011/2 ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Tel : 02-8668966-7 Fax : 02-8668970

ติดต่อ/ร้องเรียนผ่านผู้บริหาร : [manager@thaipatho.com](mailto:manager@thaipatho.com)

**Request for frozen section**

(เลขที่การตรวจ Frozen section)

(เลขที่การตรวจ Surgical no.)

**เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและลดความผิดพลาดในการตรวจ โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน**

โรงพยาบาล  HN  AN

ชื่อ  นามสกุล  เพศ  ชาย  หญิง  อายุ  ปี

DOB :  ID card:

ผู้แจ้งนัด frozen

Clinical information :

Clinical impression :

ชนิดชิ้นเนื้อที่ต้องการส่ง  Sentinel lymph node (SLN)  Thyroid  
 Breast mass  Ovary  
 อื่นๆ.....

Operation type:

ประเด็นที่ต้องการทราบจาก frozen section (โปรดระบุ)

วันที่ผ่าตัด :  เวลาเริ่มผ่าตัด :  เวลาที่คาดว่าจะเนื้อจะออกจาก OR :

สถานที่รับส่งตรวจ :

จำนวนรอบที่ส่งทำ Frozen  1 รอบ  2 รอบ  ..... รอบ

ชื่อศัลยแพทย์  เลข ว.  เบอร์โทรศัพท์

เบอร์โทรรายงานผล  เบอร์ติดต่อ

**สำหรับเจ้าหน้าที่ Pathology Diagnostic Center**

Pathologist :  Technician :  Messenger :

ผู้รับนัด :  วันที่รับนัด :  วัน/เวลาที่ส่งข้อมูลยืนยันรับนัด :