

**PATHOLOGY DIAGNOSTIC CENTER CO.,LTD.****บจก. พาโทยโลยี ไดแอกโนสติก เซ็นเตอร์**1011/2 ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
Tel. 02-8668966-7 Mobile. 090-0086757 Fax. 02-8668970
ติดต่อ/ร้องเรียนผ่านผู้บริหาร : manager@thaipatho.com**REQUEST FOR
SURGICAL PATHOLOGY**(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 :		
Clinical Impression :						
Organs, side, and location :			Operation type : <input type="radio"/> incisional biopsy <input type="radio"/> excision <input type="radio"/> resection			
			<input type="radio"/> อื่นๆ, ระบุ			
ประเภทการส่งตรวจ <input type="radio"/> Frozen section <input type="radio"/> Routine histopathology แบบปกติ <input type="radio"/> Consultation/review						
<input type="radio"/> Routine histopathology แบบด่วน (ได้รับผลภายใน 13.00 น. หลังวันได้รับ specimen)						
<input type="radio"/> with immunohistochemistry : ชนิด antibody หรือ package การย้อมคือ						
.....						
<input type="radio"/> อื่นๆ						
ส่งปรึกษาพยาธิแพทย์ในสาขา :						
<input type="radio"/> Bone and Soft Tissue Pathology		<input type="radio"/> Breast Pathology		<input type="radio"/> Cardiovascular Pathology		
<input type="radio"/> Dermato Pathology		<input type="radio"/> Endocrine Pathology		<input type="radio"/> ENT Pathology		<input type="radio"/> Eye Pathology
<input type="radio"/> GI, Pancreatic and Hepatobiliary Pathology		<input type="radio"/> Gynecopathology		<input type="radio"/> Hematopathology		
<input type="radio"/> Nervous and Muscular Pathology		<input type="radio"/> Pediatric Pathology		<input type="radio"/> Renal Pathology		<input type="radio"/> Thoracic Pathology
ระบุพยาธิแพทย์ที่ต้องการปรึกษา : <input type="radio"/> ไม่ระบุ <input type="radio"/> ระบุชื่อ(ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม):						
ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้รับผลตรวจ				เลข ว.	เบอร์โทร : (โปรดระบุ)	
(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา)						
Registered date :		Pathologist :			Technician :	
Code ขึ้นเ็อด :						