



งานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา  
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
แบบฟอร์มการขอดำเนินการวิจัยภายในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา / หัวหน้างานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

ด้วยข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ มีความประสงค์ที่จะ  
ส่งสิ่งส่งตรวจ / ชิ้นเนื้อ มายังห้องปฏิบัติการเพื่อจะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_  
Title of protocol (ภาษาอังกฤษ) \_\_\_\_\_

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_  
Title of investigator (ภาษาอังกฤษ) \_\_\_\_\_

3. ชื่ออาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย  
\_\_\_\_\_

4. สถานภาพ  อาจารย์ สังกัด \_\_\_\_\_  
 บุคลากรอื่นๆ ระบุ ตำแหน่ง และสังกัด \_\_\_\_\_  
 นักศึกษา คณะ \_\_\_\_\_ ระดับ  ป.ตรี  ป.โท  ป.เอก

5. สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อ \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก \_\_\_\_\_  
e-mail address: \_\_\_\_\_

6. บุคลากรของห้องปฏิบัติการที่ได้ติดต่อไว้

6.1 \_\_\_\_\_ เพื่อเป็น  ผู้ประสานงาน  ที่ปรึกษา  ผู้ร่วมวิจัย

6.2 \_\_\_\_\_ เพื่อเป็น  ผู้ประสานงาน  ที่ปรึกษา  ผู้ร่วมวิจัย

7. แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย (Funding)

ไม่มีทุน

อยู่ระหว่างการขอทุน อยู่ในขั้นตอน \_\_\_\_\_ ระบุแหล่งทุน \_\_\_\_\_

มีทุน  ระบุผู้ให้ทุน \_\_\_\_\_

8. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Sample size) \_\_\_\_\_ ราย

9. ระยะเวลาที่ทำวิจัย (ระบุ)  
\_\_\_\_\_

## 10. เอกสารที่แนบมาพร้อมแบบเสนอโครงการวิจัย ได้แก่ (เอกสารต้นฉบับและไฟล์PDF)

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคุณ (แนบทุกครั้ง)

สำเนาโครงร่างวิจัย (Protocol/Proposal) (แนบทุกครั้ง)

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet)

กรณีการทดลองยาทางคลินิกควรระบุเลขทะเบียนยาโดยคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หรือเอกสารนำยาเข้าเพื่อการวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับยาที่จำเป็นอื่นๆ (Drug Registered Number, IND, Investigator Brochure)

แบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่จะใช้ในการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวกับห้องปฏิบัติการ (Case report form or Case record form)

บันทึกข้อความอนุญาต ใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากงานประจำเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ โดยบันทึกข้อความต้องระบุระยะเวลาหรือจำนวนสิ่งส่งตรวจ (แนบทุกครั้ง ในกรณีการใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากงานประจำ)

บันทึกข้อความอนุญาต การขอข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ โดยบันทึกข้อความต้องระบุชนิดข้อมูล ระยะเวลาหรือจำนวนผู้ป่วย (แนบทุกครั้ง ขอข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัย)

หลักฐานการอนุมัติทุน

อื่นๆ

---



---



---



---



---

รายการที่ขอดำเนินการวิจัยภายในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

1. การทดสอบ

- ห้องปฏิบัติการเปิดบริการ (IN LAB)  
 การทดสอบที่ห้องปฏิบัติการไม่ได้เปิดบริการ (ผู้วิจัยจัดหาน้ำยามาให้)  
 ส่งต่อบริษัทส่งต่อภายนอก (OUT LAB)  
 ค่าใช้บริการเครื่อง Flow  
 อื่นๆ ระบุ.....

กรุณาระบุรายการทดสอบและจำนวน  
ในตารางแนบเอกสารหมายเลข 1

2. การเจาะเลือด

- 2.1 ไม่เจาะเลือด  
 2.2 เจาะเลือด (ระบุจำนวนหลอดเลือดที่ต้องการด้านล่าง)  
 1-2 หลอด       2-5 หลอด       >5 หลอด ระบุ.....หลอด

3. การเก็บสิ่งส่งตรวจ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ปั่นธรรมดา จำนวน 1-2 หลอด/ราย  | <input type="checkbox"/> ปั่นพิเศษ จำนวน 1-2 หลอด/ราย  |
| <input type="checkbox"/> ปั่นธรรมดา จำนวน 3-4 หลอด/ราย  | <input type="checkbox"/> ปั่นพิเศษ จำนวน 3-4 หลอด/ราย  |
| <input type="checkbox"/> ปั่นธรรมดา จำนวน 5-10 หลอด/ราย | <input type="checkbox"/> ปั่นพิเศษ จำนวน 5-10 หลอด/ราย |

4. การฝากแช่เย็น (แช่ตู้เย็น - 80° C)

- 4.1 ไม่ฝากแช่เย็น  
 4.2 ฝากแช่เย็น จำนวน.....กล่อง  
ระยะเวลาที่ฝากแช่เย็น ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....เดือน

5. การขอใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากงานประจำเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อในงานวิจัย

5.1 ชนิดของ Stored specimen

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> formalin-fixed tissue | <input type="checkbox"/> fresh tissue     | <input type="checkbox"/> paraffin-embedded tissue |  |
| <input type="checkbox"/> blood                 | <input type="checkbox"/> serum            | <input type="checkbox"/> CSF                      | <input type="checkbox"/> urine                 |
| <input type="checkbox"/> pleural fluid         | <input type="checkbox"/> peritoneal fluid | <input type="checkbox"/> pericardial fluid        | <input type="checkbox"/> synovial fluid        |
| <input type="checkbox"/> sputum                | <input type="checkbox"/> nasal secretion  | <input type="checkbox"/> saliva                   | <input type="checkbox"/> Gynecologic secretion |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____    |   |   |  |

5.2 เกณฑ์การคัดเลือกสิ่งส่งตรวจที่จะนำมาใช้ในการทดสอบ \_\_\_\_\_

6. การขอข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัย

6.1 รายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการ (ระบุให้ครบถ้วน)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.2 ช่วงระยะเวลาที่ต้องการ ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_ รวมระยะเวลา \_\_\_\_\_ เดือน

## 7. ตารางค่าใช้จ่ายที่ขอดำเนินการวิจัยภายในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

ลำดับ ที่	รายการ	เกณฑ์ค่าใช้จ่าย	จำนวนผู้ป่วย หรือชม.	คิดเป็นเงิน
1	ค่าการทดสอบ			
	1.1 การทดสอบที่ห้องปฏิบัติการเปิดบริการ (IN LAB)	ราคาตามการเรียกเก็บผู้ป่วยหรือลดสูงสุด 20% กรณีมีใบลดหย่อนจากคณบดี		
	1.2 ห้องปฏิบัติการไม่ได้เปิดบริการ (ผู้วิจัยจัดหาจ่ายมาให้)	ไม่คิดค่าทดสอบยกเว้น หากมีการเจาะเลือดแต่ไม่มีการทำข้อ 1.1 ผู้วิจัยต้องจัดหาหลอดเลือดมาเอง		
	1.3 การทดสอบที่ส่งต่อบริษัทส่งต่อภายนอก (OUT LAB)	ราคาตามการเรียกเก็บผู้ป่วย		
	1.4 ค่าใช้บริการเครื่อง Flow	คิดอัตรา 1,400 บาท / 1 ราย (กรณี Setting ครั้งแรกต้องจองเครื่องล่วงหน้า)		
2	ค่าบริการเจาะเลือด	1 ถึง 2 หลอด 25 บาท 1 ถึง 2 หลอด 30 บาท >5 หลอด 50 บาท		
3	ค่าตอบแทนผู้ทำการทดสอบ หรือค่าตอบแทนผู้เก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ			
	3.1 การทดสอบที่ห้องปฏิบัติการเปิดบริการ (IN LAB)	10% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัยที่ระบุเอกสารในแบบเสนอการวิจัย		
	3.2 การทดสอบที่ห้องปฏิบัติการไม่ได้เปิดบริการ (ผู้วิจัยจัดหาจ่ายมาให้)	10% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัยที่ระบุเอกสารในแบบเสนอการวิจัย		
	3.3 การทดสอบที่ส่งต่อบริษัทส่งต่อภายนอก (OUT LAB)	10% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย		
	3.4 การขอข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ (ไม่ได้ทำการทดสอบกับทางห้องปฏิบัติการ)	100 บาท / ชม.		
	3.5 การทดสอบที่ใช้เครื่อง Flow	10% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย		
	3.6 ในกรณีการทำวิจัยไม่ตรงกับ ข้อ 3.1 – 3.5	10% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย		
4	ค่าทรัพยากร (ค่าใช้เครื่องมือ,สถานที่)	5% จากค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย		
5	ค่าใช้บริการเครื่อง Flow (ค่าน้ำยาไม่รวมค่าแรง)	1,400 บาท / ชม.		
6	ค่าฝากแช่สิ่งส่งตรวจ (แช่ตู้เย็น – 80°C)	10 บาท/กล่อง/เดือน		

	ลำดับที่	รายการ	เกณฑ์ ค่าใช้จ่าย	จำนวน ผู้ป่วยหรือ ชม.
7	ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ	ป็นธรรมดา 1-2 หลอด 5 บาท/ราย		
		ป็นธรรมดา >3หลอด 10 บาท/ราย		
		ป็นธรรมดา 5-10 หลอด 25 บาท/ราย		
		ป็นพิเศษ 1-2 หลอด 10 บาท/ราย		
		ป็นพิเศษ >3หลอด 20 บาท/ราย		
		ป็นพิเศษ 5-10 หลอด 50 บาท/ราย		
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด				

### หมายเหตุ

- ข้อ 1.1 ห้องปฏิบัติการเปิดบริการ (IN LAB) คิดในอัตราที่ทางรพ.ศูนย์การแพทย์ฯ เรียกเก็บผู้ป่วยสามารถทำเรื่องลดหย่อนการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ 20% โดยผู้วิจัยต้องทำบันทึกข้อความถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ (ผ่านผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ) หรือผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ (ขึ้นกับงบประมาณขณะนั้นว่าใช้งบประมาณคณะแพทยศาสตร์หรืองบรายได้ของศูนย์การแพทย์ฯ โดยผู้ประสานงานเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ทำวิจัย) เมื่อได้รับการอนุมัติผู้ทำวิจัยนำเอกสารที่ได้รับการอนุมัติลดหย่อนมายื่นที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา
- งานวิจัยที่ไม่ได้ทำข้อ 1.1 และ 1.3 หากมีการเจาะเลือดผู้ทำงานวิจัยต้องจัดหา หลอดเลือด อุปกรณ์เจาะเลือด และ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ (หลอดที่ใช้ในการแบ่งสิ่งส่งตรวจ กล้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ฯลฯ) มาเอง
- งานวิจัยที่ทำข้อ 1.1 และ 1.3 แต่ขอเจาะเลือดคนไข้เพิ่มเติมเพื่อเก็บเลือดที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาผู้ทำงานวิจัยต้องจัดหา หลอดเลือด อุปกรณ์เจาะเลือด และ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ(หลอดที่ใช้ในการแบ่งสิ่งส่งตรวจ กล้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ฯลฯ) มาเอง
- กรณีการขอใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากงานประจำเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัย เสียค่าบริการข้อ 7 อย่างเดียว แต่ผู้ทำงานวิจัยต้องจัดหา อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ (หลอดที่ใช้ในการแบ่งสิ่งส่งตรวจ กล้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ฯลฯ) มาเอง
- กรณีขอข้อมูลจากห้องปฏิบัติการโดยไม่ทำการทดสอบกับทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา เสียค่าบริการ ข้อ 3 อย่างเดียว

ข้าพเจ้า.....ได้ยินยอม/รับทราบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายงานวิจัยทางห้องปฏิบัติการและจะทำตามขั้นตอนการดำเนินงานและตามข้อตกลงทุกอย่าง

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../.....

การรับรองจากหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง หรืออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง

วันที่...../...../.....

ทราบ       ดำเนินการ  
 อนุมัติ       อนุญาต

ทราบ       ดำเนินการ

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้างานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประสานงาน (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา)

## เอกสารแนบหมายเลข 1

รายการทดสอบที่ต้องการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในการทำวิจัย

การทดสอบ	จำนวน (ครั้ง)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	