



## แบบฟอร์มขอสไลด์สิ่งส่งตรวจ

เขียนที่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

วันที่ .....

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....มีความประสงค์ขอ  
สไลด์ของผู้ป่วยชื่อ.....HN.....OPD/Ward.....  
Lab No..... การวินิจฉัยเบื้องต้น.....  
จุดประสงค์การขอเพื่อ.....

รายการตรวจ

- Peripheral blood smear ตันฉบับ  Peripheral blood smear สไลด์เพิ่มเติม จำนวน.....แผ่น
- Tzanck smear  Gram stain  AFB  Modified AFB
- Cell differentiation จากสิ่งส่งตรวจ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์และดำเนินการด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(.....)

อาจารย์แพทย์/อาจารย์ที่ปรึกษา .....

PAT-000-4-071-00



## แบบฟอร์มขอสไลด์สิ่งส่งตรวจ

เขียนที่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

วันที่ .....

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....มีความประสงค์ขอ  
สไลด์ของผู้ป่วยชื่อ.....HN.....OPD/Ward.....  
Lab No..... การวินิจฉัยเบื้องต้น.....  
จุดประสงค์การขอเพื่อ.....

รายการตรวจ

- Peripheral blood smear ตันฉบับ  Peripheral blood smear สไลด์เพิ่มเติม จำนวน.....แผ่น
- Tzanck smear  Gram stain  AFB  Modified AFB
- Cell differentiation จากสิ่งส่งตรวจ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์และดำเนินการด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(.....)

อาจารย์แพทย์/อาจารย์ที่ปรึกษา .....

PAT-000-4-071-00