HRH PRINCESS MAHA CHAKRI SIRINDHORN MEDICAL CENTER
DEPARTMENT OF PATHOLOGY FACULTY OF MEDICINE
SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY

☐ ขอผลด่วน วันที่.....
กรุณาติดต่อพยาธิแพทย์

REQUEST FOR SURGICAL PATHOLOGY

* PATIENT'S STICKER

SURGICAL NUMBER(สำหรับเจ้าหน้าที่)

Name……..

Age…….…… Sex ☐ male ☐ female

H.N……..A.N…….……...

☐ OPD ☐ Ward……...Tel……..

*** Department** ☐ Surgery ☐ OB/Gyn ☐ ENT ☐ Radiology

☐ Medicine ☐ Ortho ☐ Others:……

Operation date…….....Date of follow up…….....

Extern / Intern / Resident ……...…Mobile…….

*Attending physician ……..Mobile…….….

*** Type of operation**		
☐ Incisional biopsy ☐ Shave biopsy ☐ Core needle biopsy	☐ Excision ☐ Partial resection ☐ Total resection	☐ Other: (specify)

*** Type of specimen**	
☐ Routine histopathology ☐ Frozen section ☐ Necropsy	☐ Slide review ☐ with block ☐ without block No……From…… ☐ Special / Immunohistochemical stain / Molecular testing ……

*** Organ / Tissue** side ☐ right ☐ left

ORGAN

*** Clinical Impression/ Diagnosis**

DIAGNOSIS

Underlying disease:

Clinical Information:*(chief complaint, Important physical examination, progression, treatment)*

Medication:

Important Laboratory Findings/ Imaging Study:

Previous Pathological Report: On Date……
Performed at ☐ MSMC ☐ Outlab ☐ Others ……

กรุณากรอกเอกสารในช่องที่มีเครื่องหมายดอกจันให้ครบ ด้วยลายมือบรรจง