

แบบฟอร์มส่งตรวจ (Request form) สำหรับโรงพยาบาลนอก หน่วยโลหิตวิทยา

SD-Fo-01-CP-HM-003

สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.สังขลานครินทร์ แก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ประกาศใช้ 20 ธ.ค. 2567 หน้า 1 จากทั้งหมด 1 หน้า

ชื่อ.....	วันที่ส่งตรวจ.....
อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	ผู้ส่งตรวจ.....
H.N.....	Diagnosis.....
Ward/OPD.....	โรงพยาบาล.....
EDTA blood	Citrate blood
<input type="checkbox"/> G-6-PD screening test <input type="checkbox"/> Hb typing <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> Factor VIII assay <input type="checkbox"/> Factor IX assay <input type="checkbox"/> Factor VIII inhibitor <input type="checkbox"/> Protein C <input type="checkbox"/> Protein S <input type="checkbox"/> Antithrombin III <input type="checkbox"/> Lupus anticoagulant test <input type="checkbox"/> อื่นๆ

ติดต่อสอบถาม : โทรศัพท์ 074-451562

ผู้จัดทำ กีฬาและ康復^{กีฬาและ康復}
(ทิพรัตน์ เพ็งหลัง คงแก้ว)ผู้ตรวจสอบ
(นัฐชนนท์ ทองรุด)ผู้อนุมัติ
(เชาวณี วงศ์ช่วย)