

แก้ไขครั้งที่ 00 วันที่ประกาศใช้ 29 ตุลาคม 2567

หน้า 1 จาก 1 หน้า

REQUEST FORM FOR SURGICAL PATHOLOGICAL EXAMINATION DEPARTMENT OF PATHOLOGY FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY งานพยาธิวิทยาภาควิภาค สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร 074 451591-2 โทรสาร 074 212908	(สำหรับเจ้าหน้าที่) Surgical Patho. No. Date:
---	---

ชื่อ.....H.N.....อายุ.....เพศ () ชาย () หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด.....วันผ่าตัด.....แผนก.....รพ.....
Specimen.....
Operation.....
Clinical diagnosis.....
Surgeon.....
Previous pathological report () Yes Number.....
() No
Special request [] Immunofluoresence [] ER, PR, HER2 [] Frozen
[] Others

Clinical detail

Signature.....MD

ตัวบรรจง (.....)

ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ กรุณากรอกทุกช่องและเขียนให้อ่านง่าย

ค่าตรวจ.....บาท	ผู้คิดเงิน.....
-----------------	-----------------

ผู้จัดทำ.....*สุภาภรณ์*.....ผู้ตรวจสอบ.....*อรปวีณ์ พันธุเวทย์*.....ผู้อนุมัติ.....*[Signature]*.....
(น.ส.สุภาภรณ์ จูเลี้ยง) (น.ส.อรปวีณ์ พันธุเวทย์) (นพ.คณศ กาญจนประดิษฐ์)