

แก้ไขครั้งที่ 00 วันที่ประกาศใช้ 31 ตุลาคม 2567

หน้า 1 จาก 1 หน้า

REQUEST FORM FOR CYTOLOGICAL PATHOLOGY EXAMINATION DEPARTMENT OF PATHOLOGY FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY หน่วยเซลล์วิทยา งานพยาธิวิทยาภาควิภาค สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร 074 451590 โทรสาร 074 212908	(สำหรับเจ้าหน้าที่) Cytological No. Date:
--	---

Name H.N. Age Sex () Male () Female
Hospital OPD/Ward
Date of collection Tel.
Clinical Diagnosis

Specimen types

- HPV DNA Co-test (HPV DNA + Liquid based cytology)
 Pap smear Liquid based cytology
- Source of specimen Cervical Endocervical Vaginal Other.....
Para..... Last L.M.P.
 Postpartum Menopause IUD Radiation Hormone

Previous report

- Body fluid Pleural effusion Pericardial fluid Ascites CSF
 Bronchial washing Vitreous Peritoneal washing
 Urine Other.....

- FNA Breast Liver Lung Lymph node Mediastinum
 Pancreas Salivary gland Thyroid gland Other

Position Left Right

Specimen detail Fluid ml. detail
 Slide fixed (95% Alcohol/ Spray fix) Slide(s) Stained slide Slide(s)

Clinical finding.....
.....
.....
.....

Signature.....MD.

ตัวบรรจง (.....)

ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ กรุณากรอกทุกช่องและเขียนให้อ่านง่าย

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

ผู้จัดทำ.....
(น.ส.ณัฐกานต์ หวานสนิท)

ผู้ตรวจสอบ.....
(นายชัชวาล สายศิลป์)

ผู้อนุมัติ.....
(ผศ.นพ.คณต กาญจนประดิษฐ์)