

ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	SD-Form SC11 Rev.00
Tel 02-256-4000 (60575)	1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	แบบฟอร์มรับรองการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
หน้า 1/2	ครบวงจร ทันเวลา ด้วยคุณภาพบริการมาตรฐานสากล	ภายนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบฟอร์มรับรองการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. (ชื่อ-นามสกุล)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

เป็นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ-นามสกุล).....

H.N.....หอผู้ป่วย.....

ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องส่งตรวจวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วย ไปตรวจภายนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชื่อรายการตรวจ.....รหัสรายการตรวจ(ถ้าทราบ).....
2. สิ่งส่งตรวจ.....
3. ชื่อหน่วยงานภายนอกที่จะส่งไปตรวจ.....
4. มาตรฐานที่รับรอง.....

หมายเหตุ หากข้อ 4 ไม่มี แพทย์ยืนยันจะส่งตรวจรายการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว

☐ มีความประสงค์ในการส่งตรวจวิเคราะห์

ลงชื่อ.....

(นพ./พญ.....)

วันที่.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	SD-Form SC11 Rev.00
Tel 02-256-4000 (60575)	1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	แบบฟอร์มรับรองการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
หน้า 2/2	ครบวงจร ทันเวลา ด้วยคุณภาพบริการมาตรฐานสากล	ภายนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านเทคนิคทางการแพทย์

ขอรับรองการส่งตรวจรายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ขอตรวจ โดยมีรายละเอียดข้อมูลดังตาราง

ชื่อรายการตรวจ	
รหัสรายการตรวจ	
หน่วยงานปลายทาง	
ราคา	
ระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์	
สิ่งส่งตรวจ	
เอกสารประกอบอื่นๆ (ถ้ามี)	

ลงชื่อ.....
 (.....)
 หัวหน้างานจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
 วันที่.....

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านเทคนิคทางการแพทย์
 วันที่.....