

แบบฟอร์มขอตรวจ Lab ที่อยู่ในข้อกำหนด RLU ซ้ำก่อนเวลาที่กำหนด

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....

จุดที่ส่งตรวจ.....

1. ☐ Anti HIV ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 28 วัน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
2. ☐ TSH ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 28 วัน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
3. ☐ HBA1C ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 90 วัน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
4. ☐ Lipid profile ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 90 วัน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
5. ☐ HBsAg ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
6. ☐ Anti-Hbs ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
7. ☐ Anti-HCV ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
8. ☐ HBeAg ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
9. ☐ HBV-VL ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี เคยส่งครั้งสุดท้ายเมื่อ.....วันที่แล้ว
10. ☐ อื่นๆ

เหตุผลในการส่งตรวจ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ต้องการขอตรวจ :

ลงชื่อ พยาบาลผู้รับการประสาน :

วันที่

ลงชื่อ

(นางสายสมร สุทรวัจน์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

วันที่.....

เมื่อท่านกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว กรุณาส่งกลับมายังกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชั้น G อาคารสิรินธร โทร 038-351010 ต่อ 5003-4, 5009