



SURGICAL PATHOLOGY REQUEST FORM

ใบขอตรวจชิ้นเนื้อ

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- ห้องปฏิบัติการศัลยพยาธิวิทยา (รับส่งตรวจ) อาคารหลัก (อาคาร 1) ชั้น 4 โทร 1431, 2247
- ห้องตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อฯ (ตามผล ติดต่อพยาธิแพทย์) โทร 1667
- ห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์อิเล็กตรอน โทร 1444
- ห้องปฏิบัติการอิมมูโนพยาธิวิทยาและแลปพิเศษ (Molecular Pathology, Muscle and Kidney Biopsy) โทร 1249, 0156

Surgical Number

ข้อมูลผู้ป่วย Patient Identification (โปรดเขียนด้วยตัวบรรจงหรือติดสติ๊กเกอร์)

ชื่อ-สกุล	อายุ	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
HN	AN	Ward/Clinic
		สิทธิการรักษาพยาบาล

วัน/เวลาที่เก็บ Specimen	ประเภทการส่งตรวจ	Special request
Specimen type: <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Paraffin block <input type="checkbox"/> Slide <input type="checkbox"/> Fluid	<input type="checkbox"/> Routine histopathology <input type="checkbox"/> Frozen section เบอร์ติดต่อกลับ เพื่อแจ้งผล <input type="checkbox"/> Cell block <input type="checkbox"/> Slide review <input type="checkbox"/> ตรวจเพิ่มเติมจาก Surgical No. <input type="checkbox"/> EM (ติดต่อพยาธิแพทย์ก่อนส่งตรวจ) ชื่อพยาธิแพทย์ที่ติดต่อไว้	<input type="checkbox"/> Urgent สำหรับชิ้นเนื้อขนาดเล็กและเป็น new Dx เท่านั้น (ให้บริการเฉพาะเวลาราชการ ติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจทุกครั้ง) <input type="checkbox"/> SVC syndrome <input type="checkbox"/> Lesion causing paralysis <input type="checkbox"/> Serious infection <input type="checkbox"/> Rejection in transplantation <input type="checkbox"/> Consultation (กรุณาติดต่อพยาธิแพทย์ที่ต้องการปรึกษาด้วยตนเองก่อนส่งตรวจ) ชื่อพยาธิแพทย์ที่ติดต่อไว้
Organ, location: (โปรดระบุ) Side: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Midline	Operation: <input type="checkbox"/> Biopsy <input type="checkbox"/> Punch biopsy <input type="checkbox"/> Shave biopsy <input type="checkbox"/> Needle biopsy <input type="checkbox"/> Incision <input type="checkbox"/> Excision <input type="checkbox"/> Wide excision <input type="checkbox"/> Subtotal resection <input type="checkbox"/> Total resection <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Other	
Clinical information: (โปรดระบุ)	Ancillary testing รหัสบริการในวงเล็บ กรุณาชำระค่าบริการก่อนส่งตรวจ Bone marrow biopsy: <input type="checkbox"/> Routine bone marrow biopsy (15362) <input type="checkbox"/> B-cell lymphoma staging: CD20 (15362 + 06685) <input type="checkbox"/> R/O MDS: CD34 (15362 + 06690) <input type="checkbox"/> Multiple myeloma: CD138, kappa, lambda (15362 + 06701 + 06723 + 06724) <input type="checkbox"/> Neuroblastoma staging: Synaptophysin (15362 + 06742) Muscle biopsy: (HE, histochemistry, TEM, IHC) <input type="checkbox"/> Panel I Routine (T009 + 06658 + 06300) <input type="checkbox"/> Panel II Dystrophy (T009 + 06658 + 15915 + 15916 + 06300) <input type="checkbox"/> Panel III Inflammatory (T009 + 06658 + 15916 + 06300) Nerve biopsy: (HE, special stains, histochemistry, TEM) <input type="checkbox"/> T009 + 09043 + 09048 + 09053 + 09130 + 11661 + 06300 Liver needle biopsy: <input type="checkbox"/> Routine liver needle biopsy (HE only) (15904) <input type="checkbox"/> Panel I Liver mass R/O HCC (15904 + 09041 + 06757) <input type="checkbox"/> Panel II Hepatitis (15904 + 09041 + 09043 + 09048 + 09049) <input type="checkbox"/> Panel III Allograft (15904 + 09048 + 06703) Special stain: <input type="checkbox"/> Masson trichrome (09048) <input type="checkbox"/> AFB (09051) <input type="checkbox"/> GMS (09042) <input type="checkbox"/> PAS (09043) <input type="checkbox"/> Fite (09047) <input type="checkbox"/> Brown & Brenn (09040) <input type="checkbox"/> Other	

Immunohistochemistry (IHC): <input type="checkbox"/> Immunostains for breast cancer: ER, PR, HER-2, Ki-67 (15914) <input type="checkbox"/> Immunostains package ไม่เกิน 8 antibodies (15915) <input type="checkbox"/> Immunostains package 9-15 antibodies (15916) <input type="checkbox"/> ALK (D5F3) (11631) <input type="checkbox"/> ROS1 (11720) <input type="checkbox"/> HNPCC Screening (MMR protein) (11637) <input type="checkbox"/> p16 (11715) <input type="checkbox"/> PD-L1 clone 22C3 (11705) <input type="checkbox"/> PD-L1 clone SP-142 (11726) <input type="checkbox"/> PD-L1 clone SP-263 (11727) <input type="checkbox"/> Other	In situ hybridization (ISH): (การทดสอบนี้ไม่รวมอยู่ใน immunostains package) <input type="checkbox"/> CMV (06665) <input type="checkbox"/> EBV (06666) <input type="checkbox"/> BK virus (06753) <input type="checkbox"/> HSV (06668) <input type="checkbox"/> Adenovirus (09031) <input type="checkbox"/> HPV low risk (11728) <input type="checkbox"/> HPV high risk (11729)
---	---

อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้	รหัสแพทย์	เบอร์โทร
------------------------	-----------	----------

แพทย์ผู้ส่งตรวจ	รหัสแพทย์	เบอร์โทร
-----------------	-----------	----------

วันที่ส่งตรวจ	วัน เวลา นัดผู้ป่วยครั้งต่อไป
---------------	-------------------------------

สำหรับเจ้าหน้าที่ จำนวนสิ่งส่งตรวจ ขวด/ถุง วันที่รับ เวลา ผู้ส่ง ผู้รับ	Infectious precaution: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Bloodborne <input type="checkbox"/> Droplet <input type="checkbox"/> Airborne
---	--