

แบบฟอร์มการขอสไลด์สเมียร์เลือด

ห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบ/ เขียนแบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อสเมียร์เลือด 1 แผ่น

| ข้อมูลผู้ป่วย (หรือแปสติกเกอร์) | ข้อมูลแพทย์ผู้ขอสไลด์ | วัน/เวลาที่ส่งตรวจ |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------|
| ชื่อ-สกุล | ชื่อแพทย์ | วันที่..... |
| HN | รหัสเจ้าหน้าที่ | เวลา..... |
| Ward/OPD | เบอร์โทร | |

วัตถุประสงค์: การวินิจฉัย/ดูแลผู้ป่วย การศึกษา/งานสอน งานวิจัย อื่นๆ (ระบุ).....

วันที่จะมารับ: รับทันทีที่ส่งใบขอรับ มารับวันอื่น ระบุวันที่จะมารับ

หมายเหตุ

1. ให้แพทย์ส่งแบบฟอร์มการขอสเมียร์เลือดทุกครั้งในการขอสเมียร์เลือด
2. เวลาทำการ: ในเวลาราชการ สามารถขอได้ในเวลา 8.30 – 20.30 น., วันหยุดราชการ เวลา 8.30 – 14.30 น., นอกเวลาราชการ ขอได้ในกรณีเร่งด่วนเท่านั้น