



FROZEN SECTION CONSULTATION FORM

ใบนัดหมายการส่งชิ้นเนื้อปริักษาระหว่างการผ่าตัด (Frozen Section)

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

☛ ห้องปฏิบัติการศัลยพยาธิวิทยา (รับส่งตรวจ) อาคารหลัก (อาคาร 1) ชั้น 4 โทร 1431 ภาควิชาพยาธิวิทยา

☛ ห้องตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (ติดต่อพยาธิแพทย์) โทร 1667 ภาควิชาพยาธิวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วย Patient Identification (โปรดเขียนด้วยตัวบรรจงหรือติดสติ๊กเกอร์)

ชื่อ-สกุล	อายุ	เพศ [] ชาย [] หญิง
HN	AN	Ward/Clinic
แผนกที่ส่งปรึกษา		ผู้ป่วย: [] สามัญ [] PREMIUM
วันผ่าตัด	เวลาผ่าตัด	
ชนิดการผ่าตัด	เวลาที่คาดว่าจะชิ้นเนื้อจะออกจาก OR	
ชิ้นเนื้อที่จะส่งตรวจ		
วัตถุประสงค์ของการส่งตรวจ Frozen section <input type="checkbox"/> ยืนยันการวินิจฉัย/ให้การวินิจฉัยชิ้นเนื้อ <input type="checkbox"/> ประเมิน margin <input type="checkbox"/> ประเมิน nodal metastasis (sentinel lymph node bx) <input type="checkbox"/> ประเมินปริมาณชิ้นเนื้อว่าเพียงพอ/เหมาะสมต่อการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ		Previous surgical pathology/cytopathology report
Summary of clinical history		
อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้	รหัสแพทย์	เบอร์โทร
แพทย์ผู้ส่งปรึกษา	รหัสแพทย์	เบอร์โทร
วันที่ส่งปรึกษา	เวลา	

สำหรับเจ้าหน้าที่พยาธิวิทยา

พยาธิแพทย์ผู้รับผิดชอบ [] เวิร์ปกติ [] เวิร์ premium [] รับนัดพิเศษ อาจารย์

บันทึกการเปลี่ยนแปลงวันเวลานัดหมาย

[] แจ้งยกเลิก	[] เลื่อนวันทำ Frozen เป็นวันที่	เวลา
จนท WARD / OPD ผู้แจ้ง	วันที่	เวลา
จนท ห้องปฏิบัติการ ผู้รับเรื่อง	วันที่	เวลา

บันทึกการแจ้งบุคลากรท่านอื่นหากมีการเปลี่ยนแปลงวันนัด (เฉพาะ premium และเคสนัดพิเศษ)

แจ้ง จนท ห้องฯ จุลพยาธิวิทยา	ผู้แจ้ง	วันที่	เวลา
แจ้ง รุรการห้องตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อ	ผู้แจ้ง	วันที่	เวลา
แจ้ง พยาธิแพทย์	ผู้แจ้ง	วันที่	เวลา

บันทึกการแจ้งยืนยันการส่งตรวจ

จนท ห้องปฏิบัติการ	วันที่	เวลา	จนท หน่วยบริการ	วันที่	เวลา
หมายเหตุ					