



AUTOPSY REQUEST FORM

ใบขอให้ทำการชันสูตรศพเพื่อการศึกษาทางพยาธิวิทยา

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้องปฏิบัติการชันสูตรศพ อาคารหลัก (อาคาร 1) ชั้น 1 โทร 1134

Autopsy Number

ข้อมูลผู้ป่วย Patient Identification (โปรดเขียนด้วยตัวบรรจงหรือดีคสติกเกอร์)

ชื่อ-สกุล

อายุ

เพศ

ชาย หญิง

HN

AN

Admission date

Ward/Clinic

Chief complaint:

Present illness:

Physical examination:

Investigations: (including X-ray finding & other special studies)

Clinical diagnosis:

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Underlying disease:

Hospital course and treatment:

Expire date

Time

Special questions for the autopsy:

แพทย์ผู้ขอตรวจ

รหัสแพทย์

เบอร์โทรที่ติดต่อได้

วันที่ขอตรวจ