



PERINATAL AUTOPSY REQUEST FORM

Autopsy Number

ใบขอให้ทำการชันสูตรศพเพื่อการศึกษาทางพยาธิวิทยากรณีตายปริกำเนิด

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้องปฏิบัติการชันสูตรศพ อาคารหลัก (อาคาร 1) ชั้น 1 โทร 1134

ข้อมูลผู้ป่วย Patient Identification (โปรดเขียนด้วยตัวบรรจงหรือดีดสติกเกอร์)ชื่อ-สกุล อายุ เพศ ชาย หญิง

HN AN Admission date Ward/Clinic

MOTHER

Name: Age: HN:

Parity: Gestational age:

Previous pregnancy and outcome: Complications of this pregnancy:

Prenatal ultrasound finding:

Chromosome/molecular cytogenetic study:

Investigations: (including TORCH titer, serologic studies, microbiologic studies & other special studies)

LABOR AND DELIVERYOnset of labor: Spontaneous InducedPresentation: cephalic breech shoulder other Mode of delivery:

Intrapartum complication:

BABY

Fetal weight: Placental weight:

 Stillbirth date of delivery: Time: Liveborn date of birth: Time: APGAR score:Resuscitation: no yes: mucus extraction PPV intubation

Time alive: Postnatal age at time of death:

Date of death: Time:

Hospital course, investigation and treatment:

Clinical diagnosis: Special questions for the autopsy:

แพทย์ผู้ขอตรวจ รหัสแพทย์ เบอร์โทรที่ติดต่อได้ วันที่ขอตรวจ