บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด
UBON PATHOLOGY LAB CO., LTD.
182/1,2 หมู่ 15 ถ.แม่ชี ต.ขามใหญ่ อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี 34000
โทร. 099-2874511, 099-2874512, 045-317298, www.upl.co.th

แบบฟอร์มขอพาราฟินบล็อกและสไลด์

วันที่.....

ชื่อผู้ขอ(แพทย์ผู้รักษา/เจ้าหน้าที่ รพ./ผู้ป่วย-ญาติผู้ป่วย)..... โรงพยาบาล/คลินิก.....
เบอร์โทรศัพท์..... เหตุผลในการขอ..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....
ต้องการให้ส่งไปที่.....
มีความประสงค์จะขอ ☐ พาราฟินบล็อค ☐ สไลด์ H&E ☐ สไลด์ IHC ☐ สไลด์ Pap smear ☐ สไลด์ Cytology

ลำดับ	ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย	HN:	Surgical pathology number

** หมายเหตุ:
- หลักฐานที่ต้องใช้ประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย 1 ชุด
- กรณีมิได้มาดำเนินการด้วยตนเอง ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย, ใบมอบอำนาจ และสำบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ชุด
- ค่าจัดส่ง 100-150 บาทต่อครั้ง หรือติดต่อสอบถามรายละเอียดโดยตรงกับหน่วยงานพยาธิวินิจฉัยและบริการข้อมูล โทร. 045-317298, 099-2874512
- กรณีคนไข้ให้จัดส่งบล็อกและสไลด์ทางขนส่ง ทางบริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด จะไม่รับผิดชอบในการสูญหายของพาราฟินบล็อกและสไลด์ทุกกรณี
- เมื่อลงชื่อรับมอบพาราฟินบล็อกหรือสไลด์แล้ว ทางบริษัท อุบลพยาธิแลบจำกัด จะไม่รับผิดชอบในการสูญหายของพาราฟินบล็อกและสไลด์ทุกกรณี

**กรณีโรงพยาบาลขอ * ค่าดำเนินการจัดทำสำเนาสไลด์ 50 บาทต่อสไลด์ (จัดส่งฟรีพร้อมรอบส่งกล่องชิ้นเนื้อกลับรพ.) โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน - ค่าจัดส่ง 100-150 บาทต่อครั้ง โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน

ลงนาม.....ผู้ขอ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า .....ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....
เลขประจำตัวประชาชน.....หมายเลขโทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้มีอำนาจรับบล็อก/สไลด์ แทนในการนี้ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....พยาน

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานพยาธิวินิจฉัยและบริการข้อมูล บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้ว /Paraffin block จำนวน..... /รายงานผลการตรวจ .....
/Slide H&E จำนวน..... /Slide IHC ..... / Slide Pap smear ..... / Slide Cytology .....

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานห้องปฏิบัติการจุลพยาธิวิทยา บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด

ได้ดำเนินการจัดส่ง Block จำนวน..... Slide H&E. จำนวน ..... Slide IHC จำนวน.....รายงานผลการตรวจ.....

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ส่งมอบ (...../...../.....) ลงชื่อ .....ผู้รับมอบ (...../...../.....)
(.....) (.....)