บริษัทอุบลพยาธิแลบ จำกัด
637 หมู่ 18 ถ. คลังอาวุธ ต. ขามใหญ่ อ. เมือง จ. อุบลราชธานี 34000
โทร. 045-317-298, 045-314-954 โทรสาร 045-283-838

แบบฟอร์มขอพาราฟินบล็อกและสไลด์

วันที่ .....

ชื่อผู้ขอ (แพทย์ผู้รักษา/ผู้ป่วย/ ญาติ)..... โรงพยาบาล/ คลินิก .....

เบอร์โทรศัพท์..... เหตุผลในการขอ ..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ต้องการให้ส่งไปที่.....

มีความประสงค์จะขอ .....พาราฟินบล็อก .....สไลด์ H&E .....สไลด์ IHC .....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 หรือติดต่อสอบถามรายละเอียดโดยตรงกับฝ่ายพยาธิวินิจฉัยและฐานข้อมูล โทร. 045-317298, 099-2874512
- กรณีคนไข้ให้จัดบล็อกและสไลด์ทางพัสดุ ทางบริษัท อุบลพยาธิแลบ จะไม่รับผิดชอบในการสูญหายของพาราฟินบล็อกและสไลด์ทุกกรณี
- เมื่อลงชื่อรับมอบพาราฟินบล็อกหรือสไลด์แล้ว ทางบริษัท อุบลพยาธิแลบ จะไม่รับผิดชอบในการสูญหายของพาราฟินบล็อกและสไลด์ทุกกรณี

**กรณีโรงพยาบาลขอ * ค่าดำเนินการจัดทำสำเนาสไลด์ 50 บาทต่อสไลด์ (จัดส่งฟรีพร้อมรอบส่งกล่องชิ้นเนื้อกลับรพ.) โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน

- ค่าจัดส่ง 100-150 บาทต่อครั้ง โดยแจ้งหนี้พร้อมค่าตรวจชิ้นเนื้อเป็นรายเดือน

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายพยาธิวินิจฉัยและบริการข้อมูล บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้ว Paraffin block จำนวน..... Slide H&E จำนวน..... Slide IHC ..... รายงานผลการตรวจ .....

หนังสือมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า ..... ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า เป็นผู้มีอำนาจรับบล็อก/สไลด์ แทนในการนี้ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....พยาน

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานห้องปฏิบัติการจุลพยาธิวิทยา บริษัท อุบลพยาธิแลบ จำกัด

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

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

(.....) (.....)