



CENTRAL CHEST INSTITUTE OF THAILAND

ใบส่งปรึกษา Consultation Request Form

งานพยาธิวิทยาภาค กลุ่มงานพยาธิวิทยา สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ 39 หมู่ 9 ต.บางกระเจต อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ / แฟกซ์ 02-5919999 ต่อ 1265 เว็บไซต์ <http://www.cdi.thaigov.net/cdi/>

โรงพยาบาล.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ - นามสกุล
HN อายุ.....ปี
เพศ ชาย หญิง

วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....
วันที่ส่งปรึกษา.....

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. สำเนาใบรายงานผลทางพยาธิวิทยา (Pathology report/ Initial report) เลขที่.....
2. paraffin block (s)(จำนวน blocks) เลขที่.....
3. slide (s) H&E(จำนวน slides) เลขที่.....
4. slide (s) Immunohistochemistry.....(จำนวน slides) เลขที่.....
5. slide (s) Special stain.....(จำนวน slides) เลขที่.....
6. slide (s) Papanicolaou stain.....(จำนวน slides) เลขที่.....

Organ / site of specimen

Clinical diagnosis

Clinical information

Pathological finding

Questions / Problems

ลงนามแพทย์ผู้ส่งปรึกษา.....
ชื่อแพทย์ผู้ส่งปรึกษา(ตัวบรรจง).....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันโรคทรวงอก

Consultation numberRequest number.....
Request byRequest Date.....