

ศูนย์จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	SD-Form SC17
Tel 02-2565382-3	เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่ 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	แบบฟอร์มรับรองรายการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มี บริการในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
แก้ไขครั้งที่ 1 หน้า 1/2	ครบวงจร ทันเวลา ด้วยคุณภาพบริการมาตรฐานสากล	

แบบฟอร์มรับรองรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่.....

เวลา.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. (ชื่อ-นามสกุล)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

เป็นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ-นามสกุล).....

H.N.....หอผู้ป่วย.....

ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องส่งตรวจ

วิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วย ไปตรวจภายนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชื่อรายการตรวจ.....รหัสรายการตรวจ(ถ้าทราบ).....
2. สิ่งส่งตรวจ.....
3. ชื่อหน่วยงานภายนอกที่จะส่งไปตรวจ.....

ลงชื่อ.....

(นพ./พญ.....)

วันที่.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ศูนย์จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	SD-Form SC17
Tel 02-2565382-3	เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่ 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	แบบฟอร์มรับรองรายการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มี บริการในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
แก้ไขครั้งที่ 1 หน้า 2/2	ครบวงจร ทันเวลา ด้วยคุณภาพบริการมาตรฐานสากล	

เรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านระบบห้องปฏิบัติการ

ขอรับรองว่ารายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ขอตรวจ ไม่มีให้บริการภายในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์จริง โดยมีรายละเอียดข้อมูลดังตาราง

ชื่อรายการตรวจ	
รหัสรายการตรวจ	
หน่วยงานปลายทาง	
ราคา	
ระยะเวลาการตรวจวิเคราะห์	
สิ่งส่งตรวจ	
เอกสารประกอบอื่นๆ (ถ้ามี)	

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้างานศูนย์จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ

วันที่.....

เรียน ศูนย์ประกันฯ/ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล/ท่านผู้เกี่ยวข้อง

เพื่อโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านระบบห้องปฏิบัติการ

วันที่.....

ผู้จัดทำ สุภาวรรณ ทองสกุลพานิชย์

(นางสาวสุภาวรรณ ทองสกุลพานิชย์)

ประกาศใช้วันที่ 1 มิถุนายน 2564

ผู้รับรอง คณะทำงานพัฒนาระบบคุณภาพศูนย์จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ

ผู้อนุมัติ พรรณตี วัฒนบุญยงเจริญ

(รศ.พญ.พรรณตี วัฒนบุญยงเจริญ)

เอกสารควบคุม / ห้ามไม่ให้ถ่ายเอกสาร