

REQUEST FORM FOR SURGICAL PATHOLOGICAL EXAMINATION DEPARTMENT OF PATHOLOGY FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKRA UNIVERSITY หน่วยพยาธิวิทยาภาค กวดพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อาคารใหญ่ 5. สงขลา 90110 โทร 074 451591-2 โทรสาร 074 212908	(สำหรับเจ้าหน้าที่) Surgical Patho. No. Date:
--	---

ชื่อ.....H.N.....อายุ.....เพศ ()ชาย ()หญิง

วันผ่าตัด.....แผนก.....รพ.....

Specimen.....

Operation.....

Clinical diagnosis.....

Surgeon.....

Previous pathological report () Yes Number.....

() No

Special request [] Immunofluoresence [] Frozen [] ER, PR, Her2 [] others

Clinical detail

Signature.....MD

ตัวบรรจง (.....)

ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ กรุณากรอกทุกช่องและเขียนให้อ่านง่าย

ค่าตรวจ.....บาท	ผู้คิดเงิน.....
-----------------	-----------------