

## Laboratory Request Form

<input type="text"/>		เพศ / Gender	<input type="radio"/> หญิง/ Female <input type="radio"/> ชาย/ Male
ชื่อ-นามสกุล / Name	<input type="text"/>	แพทย์ / Doctor	H.N.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	อายุ/ Age	
โรงพยาบาล, ห้องปฏิบัติการ / Hospital, Lab		วันและเวลาที่เก็บส่งตรวจ / Collection Date & Time	
<input type="checkbox"/> ขอรับรองว่าเป็นผู้เก็บส่งตรวจจากคนไข้ที่ให้ความยินยอมแล้ว ลงนาม..... วันที่.....			

รายการตรวจวิเคราะห์/Test
<input type="checkbox"/> PCR for Mycobacterium (MTBC / NTM)
<input type="checkbox"/> PCR for MDR TB
<input type="checkbox"/> Respiratory 33 pathogens panel
<input type="checkbox"/> Respiratory 21 pathogens panel
<input type="checkbox"/> qPCR Panel I / Respiratory viruses
<input type="checkbox"/> qPCR Type II / Flu
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal 24 pathogens panel
<input type="checkbox"/> Viral Meningitis Multiplex PCR (Neuro 9)
<input type="checkbox"/> Zika, Dengue and Chikungunya
<input type="checkbox"/> Other : .....

ชนิดส่งตรวจ/Specimen Type
<input type="checkbox"/> Whole blood EDTA
<input type="checkbox"/> Serum
<input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> Urine
<input type="checkbox"/> CSF
<input type="checkbox"/> Bronchial washing / BAL / Pleural
<input type="checkbox"/> Throat swabs (UTM / VTM)
<input type="checkbox"/> Throat / nasal / nasopharyngeal swabs
<input type="checkbox"/> Tissue : .....
<input type="checkbox"/> Other : .....

รายงานผล/Report Result:
<input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ (Post office) ที่อยู่ /Address .....
<input type="checkbox"/> E-mail .....
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ส่งเอกสาร (Messenger)

สำหรับเจ้าหน้าที่ MIC /MIC staff:		
LAB ID .....	ผู้รับส่งตรวจ.....	วันและเวลา.....
สภาพส่งตรวจ	<input type="checkbox"/> สมบูรณ์	<input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก .....