ใบส่งตรวจสถาบันพยาธิวิทยา www.iop.or.th
ศูนย์รับสิ่งส่งตรวจ สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี)
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548208 ต่อ 212, 216, FAX 02- 3548203

ใบส่งตรวจ

อณูพยาธิวิทยา FISH

..... **โรงพยาบาล**	..... HN	
..... **ชื่อ / สกุล ผู้ป่วย (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว)**	..... **อายุ / วัน เดือน ปี เกิด**	☐ ชาย ☐ หญิง **เพศ**
..... **แพทย์ผู้ทำการรักษา**	..... **โทรติดต่อ**	..... **วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ**

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เลขที่บัตรประชาชน

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย
กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน

Specimen data

Original block (or slide) number.....

Formalin fixation time.....hours.

Request for

☐ HER-2 DISH ☐ HER-2 FISH ☐ N-myc FISH ☐ EWSR FISH ☐ Synovial FISH ☐ ALK FISH

Clinical data

Clinical history.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Clinical diagnosis.....

.....

.....

.....

.....

Hormonal status ER + - (..... %) PR + - (..... %)

HER2 score by IHC 1+ 2+ 3+

ติดต่อห้องปฏิบัติการอณูพยาธิวิทยา FISH
คุณประจักษ์ ผ่องอำพันธ์
โทร. 0-2354-8208 ถึง 15 ต่อ 136

เฉพาะเจ้าหน้าที่สถาบันพยาธิวิทยา
ค่าตรวจด้วยเทคนิค.....ราคา.....บาท
ลงชื่อ.....
วัน/ เดือน/ ปี...../...../.....เวลา.....น.