

หน่วยเคมีคลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา รพ.สงขลานครินทร์ โทร 074-451563									
ชื่อ.....อายุ.....ปี				วันที่ส่งตรวจ.....				Lab No.	
HN.....เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				โดย.....					
Ward/OPD				Diagnostic.....					
NaF blood			Lithium heparin			Lithium heparin			
<input type="checkbox"/> Glucose		mg/dL	<input type="checkbox"/> BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> hs-CRP		mg/L	
<input type="checkbox"/> FBS		mg/dL	<input type="checkbox"/> Creatinine		mg/dL	<input type="checkbox"/> CRP		mg/L	
GTT			Electrolytes			<input type="checkbox"/> PCT			
<input type="checkbox"/> fasting		mg/dL	<input type="checkbox"/> Na ⁺		mmol/L	Tumor marker			
<input type="checkbox"/> 1 hr.		mg/dL	<input type="checkbox"/> K ⁺		mmol/L	<input type="checkbox"/> AFP		ng/mL	
<input type="checkbox"/> 2 hr.		mg/dL	<input type="checkbox"/> Cl ⁻		mmol/L	<input type="checkbox"/> CEA		ng/mL	
<input type="checkbox"/> 3 hr.		mg/dL	<input type="checkbox"/> CO ₂		mmol/L	<input type="checkbox"/> Total .PSA		ng/mL	
<input type="checkbox"/> L- Lactic		mg/dL	<input type="checkbox"/> Calcium		mg/dL	<input type="checkbox"/> Free PSA		ng/mL	
<input type="checkbox"/> D-Lactic		mg/dL	<input type="checkbox"/> Phosphorus		mg/dL	<input type="checkbox"/> CA 19-9		U/mL	
EDTA blood			<input type="checkbox"/> Uric acid			<input type="checkbox"/> CA 125			
<input type="checkbox"/> HbA1c		%	Lipid			<input type="checkbox"/> HE4			
<input type="checkbox"/> Ammonia		µg/dL	<input type="checkbox"/> Cholesterol			<input type="checkbox"/> CA 153			
<input type="checkbox"/> Vit.B1®		µg/L	<input type="checkbox"/> Triglyceride			Special test			
Citrate blood			<input type="checkbox"/> HDL-c			<input type="checkbox"/> Ceruloplasmin			
<input type="checkbox"/> D-Dimer		µg/FEU/mL	<input type="checkbox"/> LDL-c			<input type="checkbox"/> Transferrin			
Clotted blood			<input type="checkbox"/> VLDL			<input type="checkbox"/> β ₂ -Microglobulin			
<input type="checkbox"/> PEP			LFT			<input type="checkbox"/> Aldolase			
<input type="checkbox"/> Vit.D2*		µg/L	<input type="checkbox"/> Direct Bilirubin			<input type="checkbox"/> Vitamin B12			
<input type="checkbox"/> Vit.D3*		µg/L	<input type="checkbox"/> Total Bilirubin			<input type="checkbox"/> Folate			
<input type="checkbox"/> Vit.D2/3*		µg/L	<input type="checkbox"/> SGOT			24 hr Urine (6N HCl)			
<input type="checkbox"/> Vit.A*		µg/L	<input type="checkbox"/> SGPT			<input type="checkbox"/> 5-HIAA			mg/day
<input type="checkbox"/> Vit.E*		mg/L	<input type="checkbox"/> ALP			<input type="checkbox"/> VMA			µg/mg Creat
<input type="checkbox"/> Quad test			<input type="checkbox"/> Total protein			Random /24 hr Urine (Toluene)			
CSF			<input type="checkbox"/> Albumin			<input type="checkbox"/> Creatinine			mg/dL
<input type="checkbox"/> Glucose		mg/dL	<input type="checkbox"/> GGT			<input type="checkbox"/> Protein			mg/dL
<input type="checkbox"/> Protein		g/dL	<input type="checkbox"/> Amylase			<input type="checkbox"/> Microalbumin			mg/g Crea.
<input type="checkbox"/> LDH		U/L	<input type="checkbox"/> Lipase			<input type="checkbox"/> Urea N			mg/dL
Body fluid			<input type="checkbox"/> LDH			<input type="checkbox"/> Calcium			mg/dL
<input type="checkbox"/> Glucose		mg/dL	<input type="checkbox"/> CPK			<input type="checkbox"/> Phosphorus			mg/dL
<input type="checkbox"/> Protein		g/dL	<input type="checkbox"/> Serum iron (SI)			<input type="checkbox"/> Uric			mg/dL
<input type="checkbox"/> Albumin		g/dL	<input type="checkbox"/> TIBC			<input type="checkbox"/> Osmolality			mOsm/kgH ₂ O
<input type="checkbox"/> LDH		U/L	<input type="checkbox"/> Ferritin			<input type="checkbox"/> Na ⁺			mmol/L
<input type="checkbox"/> Amylase		U/L	<input type="checkbox"/> Osmolality			<input type="checkbox"/> K ⁺			mmol/L
Other.....			Cardiac enzyme			<input type="checkbox"/> Cl ⁻			mmol/L
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> CK-MB			<input type="checkbox"/> Citrate			mg/d
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Troponin T			<input type="checkbox"/> VMA			µg/mg Creat
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> NT-pro BNP			<input type="checkbox"/> Volume			mL
* Lab ส่งต่อ									
Note.....									
Report byDate.....Time..... Approve byDate.....Time.....									

HN. ชื่อ อายุ เพศ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Ward/OPD		หน่วยจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โทร. 212070-9 ต่อ 1566	ภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสงขลาฉัตร	lab.no.
REQUESTED BY..... รักษแพทย์ DATE DIAGNOSIS TIME				
<input type="checkbox"/> URINALYSIS Cla..... Cast..... Col..... SG..... pH..... WBC..... Pro..... RBC..... Glu..... EPI..... Ket..... Blo..... Crys..... Bil..... Muc..... Uro..... Bac..... Nit..... Yeast..... Leu..... Others.....	<input type="checkbox"/> STOOL EXAM Character..... Color..... Mucus..... Fat..... WBC..... RBC..... Yeast..... Fungus..... Ova..... Larva..... Protozoa..... Others.....	SPECIAL STOOL EXAM/TEST <input type="checkbox"/> Occult Blood..... <input type="checkbox"/> Reducing Sub..... <input type="checkbox"/> pH..... <input type="checkbox"/> Glucose..... <input type="checkbox"/> Cryptosporidium..... <input type="checkbox"/> Campylobacter..... <input type="checkbox"/> Others..... <input type="checkbox"/> SEMEN ANALYSIS Duration..... Liq..... Con..... Vol..... pH..... Sd..... WB..... PMN..... Via.....	SPECIMEN ประเภท <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Fluid <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> Semen	
<input type="checkbox"/> SPECIAL URINE TEST <input type="checkbox"/> Bence-Jone..... <input type="checkbox"/> Hemosiderin..... <input type="checkbox"/> Others.....		<input type="checkbox"/> PREGNANCY TEST FROM URINE SPECIMEN		BODY FLUID EXAM. <input type="checkbox"/> C.S.F. <input type="checkbox"/> Others..... WBC..... Mono..... PMN..... RBC..... Others.....
		<input type="checkbox"/> รอผลทันที STAT <input type="checkbox"/> ไม่รอผล ROUTINE		411412

บันทึกผลการทดสอบ ห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา

		[] Hb typing	[] blood smear	
		WBC.....	PMN.....	Normochromia.....
		RBC.....	Band.....	Normocytosis.....
		HB.....	Eos.....	Hypochromia.....
		Hct.....	Baso.....	Polychromasia.....
		MCV.....	Lymph.....	Anisocytosis.....
		MCH.....	Mono.....	Poikilocytosis.....
		MCHC.....	Atyp. Lymph.....	Microcytosis.....
		RDW.....	NRBC.....	Macrocytosis.....
		OF.....	Blast.....	Ovalocytosis.....
		DCIP.....	Promyelo.....	Tear drop.....
	Hb Typing :		Myelo.....	Target.....
			Metamyelo.....	Spherocyte.....
PTT.....(C=.....)	Thal interpretation :			Schistocyte.....
PT.....(C=.....)			Plt. Smear.....	Burr cell.....
INR.....				
TT.....(C=.....)				
		Reported by.....	Date	

วันที่ออกเอกสาร 1 พ.ค.2551

แก้ไขครั้งที่ 0

SD-FO-HM-003

ขอจองเพื่อ

ใช้วันนี้ / วันที่...../...../..... ใช้ในการผ่าตัดวันที่...../...../.....

ประวัติการได้รับเลือด

ไม่เคยได้รับเลือดมาก่อน เคยได้รับเลือด group.....Rh.....เมื่อวันที่...../...../.....

เฉพาะขอเลือดฉุกเฉินเท่านั้น

Uncrossmatched PRC gr.O.....

Partially crossmatched PRC (ใช้เวลา 10-15 นาที).....

Urgent complete crossmatched PRC (ใช้เวลา 1 ชม.).....

ชนิดและปริมาณของเลือดที่ขอจองครั้งนี้

Typing and Screening

Packed Red Cell (PRC)

Leukocyte poor packed red cell (LPRC) Irradiated

Leukocyte depleted packed red cell (LDPRC) Irradiated

Platelet concentrate Filtration Irradiated

Leukocyte depleted plateletpheresis Irradiated

Fresh Frozen Plasma

Plasma Cryo. Reduced (PCR)

Cryoprecipitate AHF Factor VIII

Factor Vlla

แพทย์ผู้ขอ.....(ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....

โทรศัพท์.....อาจารย์แพทย์ผู้ดูแล.....

วันที่.....เวลา.....

พยาบาลผู้เจาะ.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี/จัน/เดือน/ปีเกิด.....

H.N. M F

WARD/CLINIC.....โทรศัพท์.....

ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ, บัตรสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, อื่นๆ ระบุ.....

Diagnosis & Clinical indication (โปรดให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยทุกชนิดการผ่าตัด, Status หรือปัญหาผู้ป่วย)

.....

สำหรับคลังเลือด	E	e	C	c	Jka	Jkb	Fya
ประวัติเดิม							

สำหรับคลังเลือด	anti-A	anti-B	anti-A,B	ABO gr.	Reported t
Cell grouping	_____	_____	_____		
serum grouping	_____	_____	_____	Rh	Approved

ผล Screening Ab.

Negative Positive by CAT gel
 01.....
 02.....
 03.....

ลงรับโดย.....

วันที่.....

SONGKLANAGARIND HOSPITAL

DOCTOR'S ORDER SHEET

NAME.....AGE.....H.N.....WARD.....

<u>Date</u> <u>Hour</u>	Order For One Day	<u>Date</u> <u>Hour</u>	Order For Continuation	<u>Date</u> off <u>Hour</u> Nurse's Signature