



ศูนย์ตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

999 ถนนพหลโยธินสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 02-441-5242 ต่อ 1113 หรือ 02-441-0933 โทรสาร 02-441-0933

เลขที่ส่งตรวจ.....
วันที่.....**เฉพาะเจ้าหน้าที่**.....
เวลา.....น.

แบบฟอร์มใบส่งสิ่งส่งตรวจของศส.

รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ		****กรณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน****	
ชื่อผู้ส่ง.....นาย คณะสัตวแพทยศาสตร์ ม.มหิดล.....	ชนิดสัตว์.....	เพศ..... ☒ ผู้ ☐ เมีย	
ที่อยู่ผู้ส่ง.....999 ถนนพหลโยธินสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม.....	☒ สุนัข ชื่อ beagle.....	☐ แมว.....	☐ ม้า.....
โทรศัพท์.....02-441-5252 ต่อ 1113 หรือ 02-441-0933.....	☐ สัตว์น้ำ (โปรดระบุ).....		
ชื่อเจ้าของ (☒ คนเดียวกับผู้ส่ง).....	☐ สัตว์พิเศษ และสัตว์ป่า (โปรดระบุ).....		
ที่อยู่เจ้าของ/ฟาร์ม (☒ ที่เดียวกับที่อยู่ผู้ส่ง).....	☐ ปศุสัตว์ (โปรดระบุ).....		
โทรศัพท์.....	☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....		
หมายเหตุ:กรณีมีสัตว์หลายชนิด โปรดกรอกรายละเอียดด้านหลัง			
ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ.....นาย คณะสัตวแพทยศาสตร์ ม.มหิดล.....วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ...../...../.....เวลา.....น.			
สถานที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....โรงพยาบาลสัตว์ประจำอาคาร.....การขอรับสิ่งส่งตรวจคืน ☒ ไม่รับคืน ☐ รับคืน โดย.....			
ชนิดสิ่งส่งตรวจ			
☒ EDTA blood	☐ Clotted blood	☐ NaF blood	☐ Lithium heparin blood
☐ Pus	☒ Urine	☐ Hemoculture	☐ Blood smear
☐ Organ/Tissue.....			
☐ Mass's fluid	☐ Body fluid	☐ Hair/Fur/Skin/Claw	☐ Cytological slide
☐ Carcass ☐ with OPD			
☐ Swab	☐ GI Content	☐ Faeces	☐ Milk
☐ Grass	☐ Feed	☐ Water	
☐ Dry blood spot	☐ Feather bulb	☐ Spray particle evaluation	☐ Others.....
การรับใบรายงานผล			
☐ รับผลเอง	☒ ไปรษณีย์ ☒ ที่อยู่ผู้ส่ง ☐ ที่อยู่เจ้าของ	☐ FAX.....02-441-0933.....	☐ E-mail.....
ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขการให้บริการของศูนย์ตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และยินดีปฏิบัติตาม			
ลงชื่อ.....นาย คณะสัตวแพทยศาสตร์ ม.มหิดล.....(ผู้ส่ง)		วันที่...../...../.....	
เฉพาะเจ้าหน้าที่			
ประเภทงาน			
☐ งานบริการวิชาการ	☐ โรงพยาบาลสัตว์ ☐ ประศูอาทร ☐ ปศุपालัน	☐ งานวิจัยโครงการ.....	
☐ การเรียนการสอน วิชา.....	☐ อื่นๆ.....		
นำส่งห้องปฏิบัติการ			
☐ ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา	☐ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา	☐ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา	
☐ ห้องปฏิบัติการโภชนศาสตร์สัตว์	☐ ศูนย์เฝ้าระวังฯ (ชั้น 9)	☐ พิษวิทยาและเภสัชวิทยา	
☐ ห้องปฏิบัติการสัตว์น้ำ	☐ ห้องปฏิบัติการน้ำเชื้อ	☐ ประเมินคุณภาพเครื่องฟั่นละอองวัคซีน	
--- ห้องปฏิบัติการนิติวิทยาศาสตร์ ---	--- ห้องปฏิบัติการสุขศาสตร์การอาหาร ---	ลงชื่อ.....ผู้รับส่งตรวจ	
ส่วนของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ			
วันที่ได้รับสิ่งส่งตรวจ...../...../.....	ผู้รับสิ่งส่งตรวจ.....		