F 11 06 015
แก้ไขครั้ง 3
หน้า.....ของ.....หน้า

หนังสือนำส่งเลือดเพื่อตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ที่...ชน.0033.005/.....

(ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงาน)...โรงพยาบาลหนองมะโมง.....
วัน เดือน ปี.....

เรื่อง ส่งตัวอย่างตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

1. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขหมายผู้ป่วย..... ☐ ตาย ☐ ไม่ตาย 2. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... 3. พาหนะที่เกิดเหตุ ☐ รถเก๋ง ☐ รถปิคอัพ ☐ รถบรรทุก ☐ รถจักรยาน ☐ รถจักรยานยนต์ ☐ รถบรรทุกทางการเกษตร (อีแต๋น) ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... คู่กรณี ☐ รถเก๋ง ☐ รถปิคอัพ ☐ รถบรรทุก ☐ รถจักรยาน ☐ รถจักรยานยนต์ ☐ รถบรรทุกทางการเกษตร (อีแต๋น) ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... 4. วัตถุประสงค์ของการตรวจ ☐ งานคดี ☐ วินิจฉัยโรค ☐ บำบัดรักษา ☐ ตรวจสุขภาพ ☐ เฝ้าระวัง ☐ อื่นๆ (ระบุ)	ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ ☑ NaF. Blood ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... จำนวน.....1.....หลอด วัน-เวลา ที่เก็บตัวอย่าง วันที่.....เวลา..... ผู้เก็บตัวอย่าง ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... ชื่อผู้ติดต่อประสานงาน ชื่อ-สกุล....นางสุพัตรา สุวรรณศิริ..... โทรศัพท์ 056-466993 ต่อ 115 มือถือ 095-6356048..... e-mail : .supattrabow@gmail.com ☑ ต้องการรับผลวิเคราะห์เบื้องต้น e-mail supattrabow@gmail.com

ขอแสดงความนับถือ
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หลักฐานแสดงความจำนงในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ☐ **ยินยอม** ☐ **ไม่ยินยอม**			
ลงชื่อ..... (.....) ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ลงชื่อ..... (.....) พนักงานสอบสวนผู้สั่งให้ตรวจ	ลงชื่อ..... (.....) แพทย์ผู้สั่งตรวจ	ลงชื่อ..... (.....) ผู้เจาะเลือด

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ-ส่งตัวอย่าง	
หมายเลขวิเคราะห์	
การนำส่ง ☐ ทางไปรษณีย์ เลขที่ ..... ☐ ด้วยตนเอง ลายมือชื่อผู้ส่ง..... (.....) ตำแหน่ง.....	1. การทบทวนความพร้อมในการให้บริการ ☐ ไม่พร้อมให้บริการ ตาม WS-QP 11 00 010/1 No. ..... จากสาเหตุ..... มีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ ดังนี้ ☐ ขยายระยะเวลาให้บริการเป็น ..... วัน ☐ ยินยอมให้ส่งตรวจต่อหน่วยงาน..... 2. การตรวจรับ ☐ ตัวอย่างปกติ ☐..... ผู้รับตัวอย่าง..... วันที่รับตัวอย่าง.....เวลา.....น.