



เลขที่ 4990
วันที่ 19 ก.ย. 65
เวลา 09.06 น.

ที่ สธ ๐๖๐๗/ ๓๒๕๐

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี

๕๙/๒ หมู่ ๓ ตำบลเสม็ด

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าตรวจวิเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้เลขที่ ๐๑๖๖๒๑/๑๕๐๙๖๕ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

ตามที่ โรงพยาบาลรัฐประเทศ ได้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจการติดเชื้อ HIV-1 จำนวน ๑ ตัวอย่าง นั้น

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าตรวจตรวจการติดเชื้อ HIV-1 จำนวน ๑ ตัวอย่าง รวมเป็นเงิน ๑,๐๐๐.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวนิตยา เพียรทรัพย์)


นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ..... LAB ตมทสร
☐ อื่นๆ

ขอรับ
19 ก.ย. 65


(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
19 ก.ย. 2565

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. ๐-๓๘๘๘-๔๐๐๖ ต่อ ๒๐๐

โทรสาร ๐-๓๘๔๕-๕๑๖๕

ใบแจ้งหนี้

เลขที่ 016621/150965

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

59/2 หมู่ 3 ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง

จังหวัดชลบุรี 20000

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 099-4-00024764-8



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ประเภท รัฐบาล 21002

โรงพยาบาลอรัญประเทศ 4 ถนนมหาดไทย จ.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ. สระแก้ว 27120		วันที่ 15 กันยายน 2565 อ้างอิง ที่ สก 0032.303/355 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2565 กำหนดชำระเงิน 30 วัน ครบกำหนด วันที่ 15 ตุลาคม 2565		
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน
1	ค่าตรวจการติดเชื้อ HIV-1 (HN:650381436)	1 ตัวอย่าง	1,000.00	1,000.00
(หนึ่งพันบาทถ้วน)		รวมเงินทั้งสิ้น		1,000.00

การชำระเงิน :

- ชำระเป็นเงินสด ที่ฝ่ายบริหารทั่วไป อาคารอำนวยการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี
- ตัวแลกเงินหรือเช็ค สั่งจ่ายในนาม "เงินบำรุง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี" แล้วส่งถึง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี 59/2 หมู่ 3 ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาสามแยกอ่างศิลา ชื่อบัญชี "เงินบำรุง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี" เลขที่บัญชี 376-1-08817-5

เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้วโปรดแจ้งหลักฐานการชำระเงินมาที่ เบอร์โทรสาร 038 455 165 หรือ E-mail: sawansorn.k@dmisc.mail.go.th

หากท่านไม่แจ้งกลับมาจะถือว่าไม่มีการชำระหนี้

หากมีข้อสงสัยติดต่อผู้ประสานงาน : นางสาวรณนร เอี่ยมสะอาด โทร. 038 784 006-7 ต่อ 200

(นางสาววิลาวัณย์ พรรณจิตร)

หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

(นางสาวนิตยา เพียรทรัพย์)

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลรัฐประเทศ ไทร ๐๓๗-๒๓๓๐๓๓-๓๖ ต่อ ๑๒๐๙

ที่ สก ๐๐๓๒.๓๐๓/๖๖๕

วันที่ 4 ธ.ค. ๖๖

เรื่อง ขอส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ จ.ชลบุรี

เนื่องด้วยทางโรงพยาบาลรัฐประเทศ มีความประสงค์ขอส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
จำนวน.....ราย มีรายละเอียด ดังนี้

๑. จ.ว. ไข้หวัดใหญ่ พ. อ. ๖๖ ส่งตรวจ PCR ครั้งที่ 2 (4 เดือน)
๒. ส่งตรวจ.....
๓. ส่งตรวจ.....
๔. ส่งตรวจ.....
๕. ส่งตรวจ.....
๖. ส่งตรวจ.....
๗. ส่งตรวจ.....
๘. ส่งตรวจ.....
๙. ส่งตรวจ.....
๑๐. ส่งตรวจ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการตรวจ และส่งผลกลับให้ทางโรงพยาบาลรัฐประเทศ
ทราบด้วย จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายราเชษฎ์ เข่งพนม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

กลุ่มงานพยาธิคลินิก

โทร ๐๓๗-๒๓๓๐๓๓-๓๖ ต่อ ๑๒๐๙

โทรสาร ๐๓๗-๒๓๓๐-๓๗

สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี-1

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี เลขที่ 54 หมู่ 1 ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี 41330 โทร.042 207 364-6 ต่อ 318, 319 โทรสาร.042 207 369
รหัสสถานพยาบาล 13782

87526570609

สำหรับโรงพยาบาล/สถานพยาบาล (ผู้รับบริการ เป็นผู้กรอก)

กรุณากรอกข้อมูลเด็กให้ครบถ้วน เพื่อใช้สิทธิในการขอรับบริการตรวจฟรี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รหัสประจำตัวประชาชนเด็ก 1-2298-00448-20-7 HN. 65038146 เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง

เลขที่ใบส่งตรวจ PCR □□□□□-□□□□□-□□□□□□□□

วัน/เดือน/ปีเกิด 7 / ๗๕๐ / ๖๕ อายุ - ปี 4 เดือน ๔ วัน เชื้อชาติ ๗ สัญชาติ ๗

ข้อมูลการได้รับยาต้านของเด็ก ☒ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุยา วันที่เริ่มยา.....

ข้อมูลการรับนมมารดา ☒ ไม่ได้รับ/ดื่มนมผง ☐ ดื่มนมมารดา ครั้งสุดท้าย (วัน.....เดือน.....ปี.....)

อาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ของเด็ก ☒ ไม่มีอาการ ☐ มีอาการ (ระบุอาการ)

มารดาได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกหรือไม่ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ

ความเสี่ยงของทารก ต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่

☐ ความเสี่ยงทั่วไป (standard risks)

☐ Plasma Viral load (VL) ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ ≤ 50 copies /ml

☐ ในกรณีไม่มีผล VL ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (HAART) > 12 สัปดาห์

☒ ความเสี่ยงสูง (high risks)

☐ VL ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ > 50 copies/ml ☐ แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ

☒ ในกรณีไม่มีผล VL ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (HAART) ≤ 12 สัปดาห์ก่อนคลอด

ส่งตรวจ HIV-PCR ครั้งที่ ☐ PCR0 (แรกคลอด-7 วัน) ☐ PCR1 (อายุ ≥ 25 วัน) ☒ PCR2 (อายุ 24 เดือน) 4 ด.

☐ PCR3 (เด็กความเสี่ยงสูงแต่ผล PCR1-2 เป็นลบ) . ☐ PCR3 (กรณีผลการตรวจขัดแย้ง)

ผู้เจาะ/ ผู้เก็บตัวอย่าง.....วัน/เดือน/ปี...../...../..... เวลา..... น.

ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน (โรงพยาบาล/สถานพยาบาล)

หน่วยงาน/รพ. อ.ส.ป.ร.นพ. ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ส่งตรวจ น.ช. นรสิงห์

ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน นางสาวจิราพร พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 081-6444008 โทรสาร

ผู้มีสิทธิรับใบรายงานผล ชื่อ-สกุล นางเพ็ญศรี ทุลชาติ สถานที่ติดต่อ รพ. อัสสัมชัญ

สำหรับเจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานีเป็นผู้กรอกเท่านั้น

☒ สิทธิตรวจ

☒ สิทธิ สปสช.

☐ ค้อยสิทธิ์

☐ จ่ายเงินเอง

☐ ชนิดตัวอย่าง

☐ เลือด ปริมาตร ml

☐ กระดาษซับเลือด วง

☐ การรับตัวอย่าง

☐ ปกติ

☐ รับประทานมีเงื่อนไข เนื่องจาก

☐ ปกิเษรตัวอย่าง เนื่องจาก

ผู้รับตัวอย่าง.....วัน/เดือน/ปี...../...../.....เวลา.....น. Lab code.....รหัส รพ.....