

25 มี.ค. 2567

fu 31/3/67




ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ตึกอำนวยการ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700  
ห้องรับส่งพยาธิวิทยา - เปิดให้บริการทุกวัน เวลา 8.00 - 19.00 น. วันหยุดราชการ 8.30 - 14.00 น.  
หน่วยรายงานผลพยาธิวิทยา โทร. 0-2419-6350-1 โทรสาร 0-2414-1093  
Frozen Section โทร. 0-2419-6359 Muscle Biopsy โทร. 0-2419-6354, 6525  
Kidney Biopsy โทร. 0-2419-6525 หน่วยจุลทรรศน์อิเล็กตรอน โทร. 0-2419-6308

Resident : 01/Surgical-SIPH/2/38Y  
Pathologist : พญ. เตือนใจ ช่างสวนิช  
**SH24003580**  
นางสาว อัญชลี ศักดิ์ชัย 1641199  
Received : 25-03-2024

Siriraj Hospital

## ใบขอส่งตรวจพยาธิวิทยา (Surgical Pathology Request Form)

ไม่ใช่ผู้ป่วยคดี		นางสาว อัญชลี ศักดิ์ชัย 1641199		หน่วยงานที่ส่งตรวจและเบอร์ติดต่อ	
วันและเวลาเก็บส่งตรวจ		1007091053-35 24-03-24 14:06 biopsy_<_2  GYN_OP DOB: 30-08-1985 ระบุเนื้อเยื่อ Specimen (RCQ)		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
ส่งตรวจ	<input checked="" type="checkbox"/> Routine histopathology <input type="checkbox"/> Frozen section <input type="checkbox"/> Kidney biopsy <input type="checkbox"/> Muscle biopsy (แบบฟอร์ม muscle) <input type="checkbox"/> Review ผลพยาธิฯ จาก รพ. อื่น <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....				
ย้อมเพิ่ม	<input type="checkbox"/> ย้อมเพิ่มจากสิ่งส่งตรวจเดิม เลขที่ ..... <input type="checkbox"/> ตัวย้อมตามที่พยาธิแพทย์แนะนำ (แนบใบรายงานผลถ้ามี) <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HER-2 <input type="checkbox"/> Ki-67 <input type="checkbox"/> DISH HER2 <input type="checkbox"/> MMR (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6) <input type="checkbox"/> PD-L1 (22C3) <input type="checkbox"/> เลือกตัวย้อมจากหน้า 2 (พลิกด้านหลัง) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....				
หมายเหตุ: 1. ส่งตรวจพร้อมย้อมเพิ่มให้กรอกทั้งสองช่อง 2. ย้อมเพิ่มจากสิ่งส่งตรวจเดิม ไม่ต้องกรอกชื่อการผ่าตัด รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ และประวัติตรวจร่างกาย					
ชื่อการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> Core biopsy <input type="checkbox"/> Incisional biopsy <input checked="" type="checkbox"/> Excision <input type="checkbox"/> Wide excision <input type="checkbox"/> Subtotal resection <input type="checkbox"/> Total resection <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) <u>Exc a. Biopsy</u>				
ประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้น การตรวจพบอื่นที่สำคัญโดยสังเขป			รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ		
py: 15u l cc/lo + biopsy			รับข้าง ตำแหน่ง อวัยวะ ให้ตรงกับหน้าภาชนะบรรจุ บอกจำนวนชิ้น และ orientation ด้วย (ถ้ามี) 1. Pr Biopsy		
ประวัติเคมีบำบัด/ฉายแสง <input type="checkbox"/> ได้รับเคมีบำบัด <input type="checkbox"/> ได้รับการฉายแสง			จำนวนสิ่งส่งตรวจรวม 1 ชิ้น/ขวด		
การวินิจฉัยโรค/แยกโรค			พยาธิแพทย์ที่ขอปรึกษาเป็นกรณีพิเศษ		
15u			อ.ศ. ๓๖		
แพทย์ผู้ส่งตรวจ		เลข ว.	เบอร์ที่ติดต่อได้		
นพ. สมภพ กลุจรัสพันธ์		31956	#ฝ่ายจักษุ ศิริราช		
แพทย์เจ้าของไข้		เลข ว.	เบอร์ที่ติดต่อได้		
บันทึก (สำหรับเจ้าหน้าที่พยาธิวิทยา)					ค่าตรวจรวม (บาท)
					ใบเสร็จรับเงินเลขที่

**Gross Description** (small biopsy or mass)

The specimen is received in formalin, labeled with the patient's name, (additional labeling " ..... ")  
and a surgical number. It consists of (a / ..... / multiple ) piece (s) of (small / well-circumscribed / encapsulated / irregular /  
oval / cylindrical) (soft / friable / rubbery / firm / hard / bony) ( fatty / yellow / light / dark / brown / tan / red / gray / white) tissue,  
measuring, varying from 0.4 x 0.3 x 0.1 cm (in greatest dimension / in length / in aggregate / and weighing ..... g).  
☐ Cut surfaces show ( homogeneous / non-homogeneous / light / dark / brown / gray white / ..... ) tissue.

☒ Entirely submitted ☐ Representatively submitted ☐ , after bisection. ☐ , after serial sectioning. ☐ , after decalcification.

(1 block, ..... ) ( ..... blocks, ..... )

**Gross Description** (small biopsy or mass)

S- .....

The specimen is received in formalin, labeled with the patient's name, (additional labeling " ..... ")  
and a surgical number. It consists of ( a / ..... / multiple ) piece (s) of ( small / well-circumscribed / encapsulated / irregular /  
oval / cylindrical) ( soft / friable / rubbery / firm / hard / bony) ( fatty / yellow / light / dark / brown / tan / red / gray / white) tissue,  
measuring, varying from ..... cm (in greatest dimension / in length / in aggregate / and weighing ..... g).  
☐ Cut surfaces show ( homogeneous / non-homogeneous / light / dark / brown / gray white / ..... ) tissue.

☐ Entirely submitted ☐ Representatively submitted ☐ , after bisection. ☐ , after serial sectioning. ☐ , after decalcification.

(1 block, ..... ) ( ..... blocks, ..... )

**Gross Description** (small biopsy or mass)

S- .....

The specimen is received in formalin, labeled with the patient's name, (additional labeling " ..... ")  
and a surgical number. It consists of ( a / ..... / multiple ) piece (s) of ( small / well-circumscribed / encapsulated / irregular /  
oval / cylindrical) ( soft / friable / rubbery / firm / hard / bony) ( fatty / yellow / light / dark / brown / tan / red / gray / white) tissue,  
measuring, varying from ..... cm (in greatest dimension / in length / in aggregate / and weighing ..... g).  
☐ Cut surfaces show ( homogeneous / non-homogeneous / light / dark / brown / gray white / ..... ) tissue.

☐ Entirely submitted ☐ Representatively submitted ☐ , after bisection. ☐ , after serial sectioning. ☐ , after decalcification.

(1 block, ..... ) ( ..... blocks, ..... )

รพ.ศิริราชปิยมหาราชการณย์  
Registered Specimen

Registered by: SANGTEAN WEERAWONG

Assistant

Patient Details

Hospital Number: 01641199

First Name: -

Last Name: -

Gender: -

Age:

Type of Patient: -

Doctor's Name: -

W12072, จัณญชิตี ศักดิ์พิมาย, 3641199  
SH24003580

Assigned to: สรินทร เนตรสาคร  
ID: P06870

Pathologist

Assigned to: เดือนใจ ช่วงสวนิช  
Medical Licence ID: 08042

Resident

Assigned to: -

Medical Licence ID: -

Specimen Details

Unique Id: 24149759

Date of Collection: 25 Mar 2024

Allocation Date: 25 Mar 2024

Time specimen received: 09:49

Request type: SH - SiPH

Specimen size: S

Organ System: Gyne

Subspecialty: Ob-Gyn (SML)

Type: Gyne

Cost Codes

Cost Code	Quantity	Calculated Minutes
P00094	1	20
Total Minutes		20

☐

มีเยื่อม IHC

☒

ห้ามส่งเยื่อมจนกว่าจะได้รับอนุญาต

☐

อนุญาตให้เยื่อมเพิ่มเติมได้

☐

มี 2 ฤง/ขวด

☒

อื่นๆ

Notes

Special



**ห้องปฏิบัติการ**  
**รพ.ศิริราช ปิยมหาราชการณย์**  
**โทร : 02-419 1684-7**  
**Siriraj Piyamaharajkarun Hospital**

โรงพยาบาลศิริราช  
ปิยมหาราชการณย์

2 Wanglang road, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok 10700  
Tel. 02-419-1000 Call center tel. 1474

**ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**

สำนักงานภาควิชา โทร. 02-419-6504-5 โทรสาร 02-411-4260

ห้องปฏิบัติการรับส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โทร. 02-419-6345

Frozen Section โทร. 02-419-6359

หน่วยเซลล์วิทยา โทร. 02-419-6310

หน่วยจุลทรรศน์อิเล็กตรอน โทร. 02-419-6308

หน่วยรายงานและสถิติเวชระเบียน โทร. 02-419-6350-1 โทรสาร. 02-419-6350

(สำหรับเจ้าหน้าที่พยาธิวิทยา)  
เลขที่การตรวจทางพยาธิ

**ใบขอส่งตรวจทางพยาธิวิทยา**

Patient No. :



1641199

Order no. :



1007091053



Patient name : นางสาว อัญชลี ศักดิ์จ้าย

Birth date : 30 ส.ค. 2528

Age : 38 ปี 6 เดือน 24 วัน

Sex : หญิง

Clinic / Ward : สูติ-นรีเวชกรรม

Case No. : 1005528724

Order Date/time : 24 มี.ค. 2567 14:06

Confirmed Date/time : 24 มี.ค. 2567 14:06

Order By Doctor : อ. นพ. สมภพ กุลจรัสพันธ์ (ว.31956)

**\*\* กรุณาส่งผลก่อนกำหนด 7 วัน \*\***  
โปรดระบุวันที่ต้องการผล ..... 31/3/67

Lab Code1:

L38-38001

biopsy (size < 2 cm)

**ส่งตรวจ**

- ☐ Routine histopathology ☐ Frozen section ☐ Kidney biopsy ☐ Muscle biopsy (แบบแบบฟอร์ม muscle)  
☐ Review ผลพยาธิฯ จาก รพ.อื่น เลขที่การตรวจทางพยาธิฯ ..... ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

**ย้อมเพิ่ม**

- ☐ ย้อมเพิ่มจากสิ่งส่งตรวจเดิม เลขที่ ..... ☐ ตัวย้อมตามที่พยาธิแพทย์แนะนำ (แบบใบรายงานผลถ้ามี)  
☐ ER ☐ PR ☐ HER-2 ☐ Ki-67 ☐ DISH HER2 ☐ MMR (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6) ☐ PD-L1 (22C3)  
☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

\*\* หมายเหตุ : 1. ส่งตรวจพร้อมย้อมเพิ่มให้กรอกทั้งสองช่อง 2. ย้อมเพิ่มจากสิ่งส่งตรวจเดิม ไม่ต้องกรอกชื่อการผ่าตัด รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ และประวัติตรวจร่างกาย

**ชื่อการผ่าตัด**

- ☐ Core biopsy ☐ Incisional biopsy ☐ Excision ☐ Wide excision  
☐ Total resection ☐ Subtotal resection ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

**รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ**

ระบุข้าง ตำแหน่ง อวัยวะให้ตรงกับท่อนการระบุ  
บอกจำนวนชิ้น และ orientation ด้วย (ถ้ามี)

ประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้น การตรวจพบอื่นที่สำคัญโดยสังเขป

ประวัติเคมีบำบัด / ฉายแสง

☐ ได้รับเคมีบำบัด

☐ ได้รับการฉายแสง

จำนวนสิ่งส่งตรวจรวม ..... ชิ้น / ขวด

ระบุอาจารย์ที่เรียนปรึกษา (เฉพาะกรณีพิเศษ) .....

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาครั้งก่อน ☐ ไม่มี ☐ มี ตรวจที่ (ชื่อ ร.พ.) ..... เลขที่ .....

การวินิจฉัยเบื้องต้น