



ใบส่งตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยเทคนิค Real-time RT-PCR

ห้องปฏิบัติการคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ต. ศาลายา อ. พุทธมณฑล จ. นครปฐม 73170 โทร. 092-554-5230 Email: mumtcovidlab@gmail.com

ชื่อ-สกุล..... เพศ.....อายุ.....ปี H.N..... หมายเลขบัตรประชาชน..... PUI CODE (ถ้ามี)..... หน่วยงาน/ รพ.ที่ส่งตรวจ.....	LAB NO. (สำหรับติดหมายเลขขอตรวจ)
รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก.....	
วัตถุประสงค์ในการขอตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจวินิจฉัย <input type="checkbox"/> ติดตามการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
ชนิดสิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/> Throat swab <input type="checkbox"/> Bronchoalveolar lavage <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal aspiration <input type="checkbox"/> Others..... ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ.....วัน-เวลา.....	ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง (กรุณาเขียนตัวบรรจง) เบอร์ติดต่อ..... วันที่ส่งตัวอย่าง.....
รายการตรวจ	
Real Time RT-PCR for SARS-CoV-2 virus (COVID-19)	

ส่งตัวอย่างได้ที่ ศูนย์เทคนิคการแพทย์และรังสีเทคนิคนานาชาติ ชั้น 2 ศูนย์การแพทย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 02-849-6600 ต่อ 2214 เวลารับสิ่งส่งตรวจ 6:00 - 20:00 น. ทุกวัน
รอบการทดสอบเวลา 09:30 น. และ 14:30 น.

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ</p> <p>ผลการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่าน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เนื่องจาก.....</p> <p>ผู้ตรวจสอบ.....</p> <p>วันที่รับตัวอย่าง...../...../.....เวลา.....น.</p>
