

WARD NO.	กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลหัวหิน ไปส่งตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก		LAB NO.
ชื่อ.....	อายุ.....	ปี	เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย
HN.....	Ward.....	Diagnosis.....	ผู้ส่งตรวจ.....
รายการส่งตรวจ <input type="checkbox"/> Gram stain <input type="checkbox"/> AFB STAIN <input type="checkbox"/> India ink <input type="checkbox"/> KOH <input type="checkbox"/> Aerobic culture <input type="checkbox"/> TB culture <input type="checkbox"/> Fungus culture <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ..... เวลา..... น.		
Swab	fluid	pus	Other
<input type="checkbox"/> Throat <input type="checkbox"/> Ear <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Urethral <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Wound(ระบุตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> Blood..... ชนิด <input type="checkbox"/> Sputum (random) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Sputum (ET) <input type="checkbox"/> Urine (MSU) <input type="checkbox"/> Tracheal aspirate <input type="checkbox"/> Urine (Cath) <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal <input type="checkbox"/> Pleural aspirate <input type="checkbox"/> Pericardial <input type="checkbox"/> Bronchial aspirate <input type="checkbox"/> Peritoneal dialysate <input type="checkbox"/> Lung aspirate <input type="checkbox"/> Ascitic fluid <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> Synovial fluid <input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Amniotic fluid	<input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Cutaneous wound <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Ovary <input type="checkbox"/> Spleen <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> Tissue(ระบุตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ET Tube <input type="checkbox"/> สาย Catheter <input type="checkbox"/> Medical device อื่นๆ (ระบุ)..... <hr/> คำบริกรรวม นาม..... ผู้บันทึก..... วันที่.....