



แบบบันทึกรับส่งสิ่งส่งตรวจ
ศูนย์เฝ้าระวังและติดตามโรคจากสัตว์ป่า สัตว์ต่างถิ่นและสัตว์อพยพ
(Specimen submission form for MoZWE)
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

FR-WI-CENT-G-001/21

แก้ไขครั้งที่ 03

หน้าที่ 1 ของ 6 หน้า

รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ				****กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน****		
ชื่อผู้ส่ง	รพ.น. วาสนา คงระ ดอนสักเคส	โทร	062-9654426			
ที่อยู่ผู้ส่ง	445 หมู่. 1 ถนนพหลโยธิน อ. บางกรวย จ.นนทบุรี	อ. บางกรวย	จ.นนทบุรี	รพ.ศ. 90110		
ตำบล/แขวง	บางกรวย	อำเภอ/เขต	บางกรวย	จังหวัด	นนทบุรี	
ชื่อเจ้าของ (O ตามชื่อผู้ส่ง)	เทศบาลนครบางกรวย	โทร				
ที่อยู่เจ้าของฟาร์ม (O ตามชื่อผู้ส่ง)	445 หมู่. 1	รพ.ศ.	90110			
ตำบล/แขวง	บางกรวย	อำเภอ/เขต	บางกรวย	จังหวัด	นนทบุรี	
ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ	รพ.น. วาสนา คงระ	วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	23 ส.ย. 66	เวลา	10.00 - 14.00 น.	
สถานที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	ศูนย์เฝ้าระวังและติดตามโรคจากสัตว์ป่า สัตว์ต่างถิ่น และสัตว์อพยพ					
ชนิดสัตว์	ชื่อสัตว์	ID/HN	อายุ	เพศ		หมายเหตุ
				ผู้	เมีย	
สิงห์ 15 ตัว (วางตัว 10 ขีด นานแล้ว)						
ชนิดสิ่งส่งตรวจ						
<input checked="" type="checkbox"/> EDTA blood	<input type="checkbox"/> Clotted blood	<input checked="" type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Dry blood spot	<input type="checkbox"/> Feather bulb		
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Body fluid	<input type="checkbox"/> Faeces	<input type="checkbox"/> Swab.....			
<input type="checkbox"/> Organ/Tissue.....			<input type="checkbox"/> Others (Specifics).....			
การขอรับสิ่งส่งตรวจคืน*	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่รับคืน *กรณีไม่รับสิ่งส่งตรวจคืนหรือไม่ได้รับ คณะสัตวแพทยศาสตร์ อาจพิจารณา นำสิ่งส่งตรวจที่เหลือไปใช้เพื่อการศึกษาและการวิจัย					
	<input type="checkbox"/> รับคืน โดย.....					
การรับใบรายงานผล	<input type="checkbox"/> รับผลด้วยตนเอง	<input checked="" type="checkbox"/> ไปรษณีย์	<input type="checkbox"/> FAX.....			
		<input type="checkbox"/> ที่อยู่ผู้ส่ง <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่เจ้าของ	<input type="checkbox"/> E-mail: <u>wassanaconsta@gmail.com</u>			
ห้องปฏิบัติการศูนย์เฝ้าระวังฯ ขอสงวนไม่คัดคืนผล แปลผลและรายงานค่าความไม่แน่นอนของการทดสอบ						
เว้นแต่เป็นการให้บริการทดสอบโครงการวิจัยหรือผู้รับบริการร้องขอและมีข้อตกลงร่วมกันห้องปฏิบัติการ						
ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขการให้บริการและยินยอมปฏิบัติตาม ลงชื่อ.....						(ผู้ส่ง) วันที่ 25 ส.ย. 66

เฉพาะเจ้าหน้าที่					
เลขที่สิ่งส่งตรวจ	VDC			หมายเลข MW	
	FN				
<input type="checkbox"/> งานบริการวิชาการ			<input type="checkbox"/> งานวิจัยโครงการ.....		
<input type="checkbox"/> การเรียนการสอน			<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
ศูนย์ตรวจวินิจฉัยทางการสัตวแพทย์			ศูนย์เฝ้าระวังฯ		
วันที่รับ	เวลา	น. ชื่อผู้รับ	วันที่รับ	เวลา	น. ชื่อผู้รับ
ส่วนของเจ้าหน้าที่การเงิน	จำนวนเงิน	บาทเลขที่ใบเสร็จ		ผู้รับเงิน	
หมายเหตุ.....					

คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 02-441-5242 ต่อ 1113 โทรสาร 02-441-0933 Line official: @346jhhfg Facebook: @VDC.VetMU