|  |  |
| --- | --- |
| โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10  งานชันสูตรสาธารณสุข  Tel. 038-245-051 ต่อ 108 | ใบปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจ/  ใบขอให้แก้ไขรายการส่งตรวจ |
| ชื่อผู้ป่วย…………………………………………………………………………….  HN …………………..………………………. แผนก…….………………………  ไม่มีการสั่งรายการตรวจ  รายการตรวจไม่ชัดเจน, ตัวย่อไม่เป็นสากล  ปริมาณตัวอย่างไม่เพียงพอ  เก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง ควรใช้……………………………..  สิ่งส่งตรวจอยู่ในสภาพไม่ปลอดเชื้อ, หกเลอะออกมานอกภาชนะ  ใบส่งตรวจและสิ่งส่งตรวจไม่ตรงกัน  สิ่งส่งตรวจเกิดการแข็งตัว (Clotted, Partial clotted)  สิ่งส่งตรวจมีเม็ดเลือดแดงที่แตกปน (Hemolysed)  สิ่งส่งตรวจมีไขมันปนมาก (Lipemic)  อื่นๆ…………………………………………………………………..  **โปรดเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ เพื่อการตรวจที่ได้ผลถูกต้อง**  ผู้แจ้ง……………………………. ผู้รับแจ้ง……………………………….  วันที่ ……………………….…….…..เวลา………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ : 6 มิถุนายน 2556 | แก้ไขครั้งที่ 1 | Fm - LAB- 31 |

|  |  |
| --- | --- |
| โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10  งานชันสูตรสาธารณสุข  Tel. 038-245-051ต่อ 108 | ใบปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจ/  ใบขอให้แก้ไขรายการส่งตรวจ |
| ชื่อผู้ป่วย…………………………………………………………………………….  HN …………………..………………………. แผนก…….………………………  ไม่มีการสั่งรายการตรวจ  รายการตรวจไม่ชัดเจน, ตัวย่อไม่เป็นสากล  ปริมาณตัวอย่างไม่เพียงพอ  เก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง ควรใช้……………………………..  สิ่งส่งตรวจอยู่ในสภาพไม่ปลอดเชื้อ, หกเลอะออกมานอกภาชนะ  ใบส่งตรวจและสิ่งส่งตรวจไม่ตรงกัน  สิ่งส่งตรวจเกิดการแข็งตัว (Clotted, Partial clotted)  สิ่งส่งตรวจมีเม็ดเลือดแดงที่แตกปน (Hemolysed)  สิ่งส่งตรวจมีไขมันปนมาก (Lipemic)  อื่นๆ…………………………………………………………………..  **โปรดเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ เพื่อการตรวจที่ได้ผลถูกต้อง**  ผู้แจ้ง……………………………. ผู้รับแจ้ง……………………………….  วันที่ ……………………….…….…..เวลา………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ : 6 มิถุนายน 2556 | แก้ไขครั้งที่ 1 | Fm - LAB- 31 |