



แบบฟอร์มขอใช้ผิวหนัง

คลังเนื้อเยื่อ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

สำหรับเจ้าหน้าที่
รับวันที่ _____
เวลา _____
Skin ID _____

วัน/เดือน/ปี _____

ผู้ป่วย _____

นาย/ นาง/ น.ส./ ค.ช./ ค.ญ ชื่อ _____ นามสกุล _____

อายุ _____ เพศ _____ Blood Group _____ อาชีพ _____

ที่อยู่ _____

หมายเลขบัตรประชาชน _____ โทรศัพท์ _____

โรงพยาบาล _____

เลขที่ผู้ป่วยนอก _____ เลขที่ผู้ป่วยใน _____

การวินิจฉัยโรค _____

การผ่าตัด _____

สิทธิ์ค่ารักษาพยาบาล _____

ชนิดและขนาดของผิวหนังที่ต้องการใช้ Plain _____ cm² Mesh ขนาด 1:3 _____ cm²

วัน/เวลาที่ต้องการใช้ _____

ศัลยแพทย์ผู้ใช้ _____

โทรศัพท์ _____

สถานที่จัดส่ง _____

ลงนาม _____ ศัลยแพทย์

(_____)

ผู้ติดต่อ _____ ตำแหน่ง _____

โทรศัพท์ _____

หมายเหตุ : กรุณาสอบถามขนาดของผิวหนังที่ต้องการใช้ล่วงหน้า ที่คลังเนื้อเยื่อ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

โทร. 1666, 0 2256 4045-6 ต่อ 2508, โทรสาร 0 2256 4045-6 ต่อ 2508, 0 2255 7968

คลังเนื้อเยื่อต้องใช้เวลาในการเตรียมการจัดส่งล่วงหน้า 2 วัน