

ใบรายละเอียดการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ชื่อ-นามสกุลHN

โรงพยาบาลวันที่ทำผ่าตัด

อวัยวะ/ชนิดของชิ้นเนื้อ

ถุงที่ 1.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 2.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 3.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 4.....จำนวนชิ้น

รวม จำนวน.....ถุงชิ้น

น้ำยาที่แช่ ☐ Formalin (Permanent section) ☐ NSS (Frozen section)

ผู้เตรียม/บันทึก เบอร์โทร

ใบรายละเอียดการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ชื่อ-นามสกุลHN

โรงพยาบาลวันที่ทำผ่าตัด

อวัยวะ/ชนิดของชิ้นเนื้อ

ถุงที่ 1.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 2.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 3.....จำนวนชิ้น

ถุงที่ 4.....จำนวนชิ้น

รวม จำนวน.....ถุงชิ้น

น้ำยาที่แช่ ☐ Formalin (Permanent section) ☐ NSS (Frozen section)

ผู้เตรียม/บันทึก เบอร์โทร

[illegible]