

ศูนย์ความเป็นเลิศทางแพทย์โรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ใบขอส่งน้ำเหลือง/เลือดผู้ป่วยร้อเปลี่ยนไต(จั้นทะเบียนร้อเปลี่ยนไต รพ.ศรีนครินทร์)

ผู้ป่วยชื่อ-นามสกุล.....HN..... หมู่เลือด.....

ชื่อ - สกุลเดิม (ถ้ามี).....เคยเปลี่ยนไตหรือไม่ ไม่เคย เคยเมื่อ.....

ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา เคยได้รับเลือดหรือไม่ ไม่เคย เคยเมื่อ.....

วันที่เจาะเลือด.....เจาะเลือดที่รพ..... จังหวัด.....

ชื่อผู้ส่ง.....วันที่ส่ง.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้อควรระวัง

1. ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยที่หลอดน้ำเหลือง/หลอดเลือดทุกครั้ง และกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน
2. ปริมาณน้ำเหลืองต้องมากกว่า 1.5 ซีซี
3. ถ้าส่งทางไปรษณีย์ควรส่งวันจันทร์ เพื่อให้พัสดุถึงห้องปฏิบัติการวันพุธ/พฤหัสบดี
4. หากมีข้อสงสัยติดต่อได้ที่ห้องปฏิบัติการทดสอบเนื้อเยื่อ คลังเลือดกลาง โทร. 043-363126 (ในเวลาราชการ)

กรุณาส่ง : คลังเลือดกลาง อาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ (กว.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002 (ผู้ป่วยร้อเปลี่ยนไต)

ศูนย์ความเป็นเลิศทางแพทย์โรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ใบขอส่งน้ำเหลือง/เลือดผู้ป่วยร้อเปลี่ยนไต(จั้นทะเบียนร้อเปลี่ยนไต รพ.ศรีนครินทร์)

ผู้ป่วยชื่อ-นามสกุล.....HN..... หมู่เลือด.....

ชื่อ - สกุลเดิม (ถ้ามี).....เคยเปลี่ยนไตหรือไม่ ไม่เคย เคยเมื่อ.....

ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา เคยได้รับเลือดหรือไม่ ไม่เคย เคยเมื่อ.....

วันที่เจาะเลือด.....เจาะเลือดที่รพ..... จังหวัด.....

ชื่อผู้ส่ง.....วันที่ส่ง.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้อควรระวัง

1. ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยที่หลอดน้ำเหลือง/หลอดเลือดทุกครั้ง และกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน
2. ปริมาณน้ำเหลืองต้องมากกว่า 1.5 ซีซี
3. ถ้าส่งทางไปรษณีย์ควรส่งวันจันทร์ เพื่อให้พัสดุถึงห้องปฏิบัติการวันพุธ/พฤหัสบดี
4. หากมีข้อสงสัยติดต่อได้ที่ห้องปฏิบัติการทดสอบเนื้อเยื่อ คลังเลือดกลาง โทร. 043-363126 (ในเวลาราชการ)

กรุณาส่ง : คลังเลือดกลาง อาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ (กว.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002 (ผู้ป่วยร้อเปลี่ยนไต)