

ใบขอตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

Medical Laboratory Request Form

สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

Name.....	Age.....			
H.N.....	Date.....	Time.....		
<input type="checkbox"/> บริการทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> โครงการวิจัย.....			
Requested by	<input type="checkbox"/>			
Specimen :	<input type="checkbox"/> EDTA blood	<input type="checkbox"/> Clot. Blood	<input type="checkbox"/> Urine (random)	<input type="checkbox"/> Other อื่นๆ.....
Specimen collected by			

CHEMISTRY

<input type="checkbox"/> Blood sugar
<input type="checkbox"/> BUN
<input type="checkbox"/> Creatinine
<input type="checkbox"/> LIVER FUNCTION TEST
<input type="checkbox"/> Total protein
<input type="checkbox"/> Albumin
<input type="checkbox"/> Globulin
<input type="checkbox"/> T. bilirubin
<input type="checkbox"/> D. bilirubin
<input type="checkbox"/> Ind. bilirubin
<input type="checkbox"/> AST (SGOT)
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT)
<input type="checkbox"/> Alkaline phosphatase

Others

<input type="checkbox"/>

CHEMISTRY

<input type="checkbox"/> LIPID PROFILE
<input type="checkbox"/> Cholesterol
<input type="checkbox"/> Triglyceride
<input type="checkbox"/> HDL
<input type="checkbox"/> LDL

HEMATOLOGY

<input type="checkbox"/> CBC (complete blood count)

URINALYSIS & MICROBIO

<input type="checkbox"/> Urine Analysis (UA)
<input type="checkbox"/> Pregnancy test
<input type="checkbox"/> Urine Creatinine
<input type="checkbox"/> Urine Electrolyte (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> Urine Protein