

Pathology/Cytology Request



มหาวิทยาลัยมหิดล

111/154 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-347154 โทรสาร 043-234725

Patient's name _____

Clinician _____

Address _____

Age _____ Sex _____

HN _____

Hospital _____

Tel _____ Fax _____

Request for ☐ H&E Histopathology Diagnosis ☐ Cytological Diagnosis

Clinical information is necessary for an accurate diagnosis. Please provide the important patient's information.

กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัย.

Specimen and collection method (organ or tissue, location, collection method)

Clinical information (important history, operative findings, investigations such as imaging, laboratory findings, previous treatments etc)

For Ob-Gyn : LMP _____ G _____ P _____ A _____ Last _____

Hormonal Rx: ☐ yes : _____ ☐ No

Previous pathological or cytological reports ☐ Yes ☐ No

(if check yes, please provide information below)

Date _____ Diagnosis: _____

Date _____ Diagnosis: _____

Clinical Diagnosis : _____

Requested by _____ Date _____

E-mail : mp-pathology@hotmail.com

สามารถนำแบบฟอร์มนี้ไปถ่ายเอกสารเพื่อใช้ในการส่งตรวจ