**แบบขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกรายการนอกสัญญา โรงพยาบาลลำพูน**

ห้องตรวจ......................................................เบอร์โทร......................................................

วันที่............เดือน.................................พ.ศ.........................

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกรายการนอกสัญญา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้า นพ./ พญ...............................................................................................ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีพิเศษ

**เป็นกรณี** [ ] OPD Case [ ] IPD Case ผู้ป่วยชื่อ..................................................................................................HN……………………………………….เลขบัตรประชาชน......................................................การวินิจฉัย.....................................................................................................................................

สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทองโรงพยาบาล............................................... ประกันสังคมโรงพยาบาล...................................................

ต่างด้าวโรงพยาบาล................................................ อื่นๆ (ระบุสิทธิ)..................................................................

**ข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกรายการนอกสัญญา**

[ ] เพื่อการวินิจฉัย........................................................ระบุเหตุผล.................................................................................................................

[ ] เพื่อประเมินก่อนการรักษา (Per–Operative Evaluated )......................................................................................................................

[ ] เพื่อติดตามผลการรักษา.............................................................................................................................................................................

[ ] อื่นๆ ...........................................................................................................................................................................................................

**รายการขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกรายการนอกสัญญา**

1. .......................................................................................รหัส...........................................................ราคา..................................................
2. .......................................................................................รหัส...........................................................ราคา..................................................
3. .......................................................................................รหัส...........................................................ราคา..................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

..............................................................................

(............................................................................)

แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน [ ] เห็นชอบ [ ] ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.......................................................................

................................................................................

(............................................................................)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....................................................

วันที่..........เดือน...........................พ.ศ....................

.............................................................................

( )

**ข้อพิจารณา** [ ] อนุมัติ

[ ] ไม่อนุมัติ กรณีสิทธิบัตรระบุ รพ. อื่นๆ ให้ส่งกลับ รพ. ตามบัตรส่งตรวจ และนำผลการตรวจ มาตรวจตามนัดที่ รพ.ลำพูน

[ ] ไม่อนุมัติ..................................................................................................................................................................................

.............................................................................

( ………………………………………)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

FR-LAB-319 Rev.0 : 31/10/66