**แบบขออนุมัติส่งตรวจรายการควบคุมทางห้องปฏิบัติการ เฉพาะ D-dimer หรือ CRP โรงพยาบาลลำพูน**

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

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

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายการ D-dimer หรือ CRP

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

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

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

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

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

**โปรดระบุข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการรายการควบคุม**

[ ] .......**D-Dimer**.................................................................รหัส.............CH165...........................ราคา............225........................

[ ] Screening test for detection of Cerebral Venous thrombosis (CVT), Pulmonary Embolism (PE)

[ ] ช่วยในการวินิจฉัย Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

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

[ ] .......**CRP**……...................................................................รหัส.............CH178...........................ราคา............180........................

[ ] เพื่อตรวจหา หรือติดตามภาวะ Active Inflammation ใน Acute infection

[ ] เพื่อตรวจหา หรือติดตามภาวะ Active Inflammation ในกลุ่มโรค Autoimmune Disease

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

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

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

( )