



# หน่วยงานพยาธิวิทยาภาค โรงพยาบาลลำพูน

177 หมู่ 11 ถ.จามเทวี ต.ต้นธง อ.เมือง จ.ลำพูน 51000  
โทร. 053-569100 ต่อ 72201

(สำหรับแปะติดเกอร์ของกลุ่มงานพยาธิวิทยาเท่านั้น)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ เพศ: \_\_\_\_\_ อายุ: \_\_\_\_\_  
HN: \_\_\_\_\_ Collection Date: \_\_\_\_\_  
แพทย์ที่ส่งตรวจ (ตัวบรรจง): \_\_\_\_\_ เบอร์โทร \_\_\_\_\_  
หน่วยงาน \_\_\_\_\_

## Clinical Information:

☐ ประวัติ Precaution: \_\_\_\_\_ ☐ เคยได้รับ chemotherapy/RT

Clinical Impression: \_\_\_\_\_

Operation/Procedure: \_\_\_\_\_

Intraoperative Finding: \_\_\_\_\_

Type of Specimen: ☐ Surgical ☐ Cytology ☐ FNA ☐ Frozen Section

Specimen (Organ/Site) กรุณาระบุชื่ออวัยวะและตำแหน่งหรือข้างที่ส่งตรวจ:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 7. _____  |
| 2. _____ | 8. _____  |
| 3. _____ | 9. _____  |
| 4. _____ | 10. _____ |
| 5. _____ | 11. _____ |
| 6. _____ | 12. _____ |

Note: \_\_\_\_\_