

แบบขออนุมัติส่งตรวจพิเศษโรงพยาบาลลำพูน

ห้องตรวจ.....เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจพิเศษกรณี CT Elective Case / MRI

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้า นพ./ พญ.....ขอส่งตรวจพิเศษ

เป็นกรณี ☐ OPD Case ☐ IPD Case ผู้ป่วยชื่อ.....

HN.....AN..... เลขบัตรประชาชน.....

การวินิจฉัย.....

ตรวจพิเศษกรณี ☐ CT Elective Case ☐ MRI

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

ต่างตัวโรงพยาบาล..... อื่นๆ (ระบุสิทธิ).....

ข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจพิเศษ

☐ เพื่อการวินิจฉัย.....ระบุเหตุผล.....

☐ เพื่อประเมินก่อนการรักษา (Per – Operative Evaluated , Tumor staging).....

ระบุเหตุผล.....

☐ เพื่อติดตามผลการรักษา.....ระบุเหตุผล.....

☐ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน.....ระบุเหตุผล.....

☐ อื่นๆระบุเหตุผล.....

ในกรณีที่เคยมีการส่งตรวจมาก่อนเคยส่งตรวจ ☐ CT ☐ MRI ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ผลการตรวจ CT Elective Case / MRI ครั้งสุดท้าย

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 / ผู้ปฏิบัติราชการแทน