

แบบขออนุมัติส่งตรวจ Respiratory pathogen 33 panel (RP 33 Panel) โรงพยาบาลลำพูน

ห้องตรวจ.....เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้า นพ./ พญ.....ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีพิเศษ

เป็นกรณี [] OPD Case [] IPD Case ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....

เลขบัตรประชาชน.....การวินิจฉัย.....

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

ต่างดาวโรงพยาบาล.....อื่นๆ (ระบุสิทธิ).....

ข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง

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

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

[] เพื่อติดตามผลการรักษา.....

[] อื่นๆ

รายการขอส่งตรวจ Respiratory pathogen 33 panel (RP 33 Panel) รหัส MOL 019 ราคา 3,700 บาท

** ส่งตรวจต่อ N-Health ระยะเวลารอคอยผลการตรวจ 3 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ข้อพิจารณา [] อนุมัติ

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

[] ไม่อนุมัติ.....

()