แบบส่งตรวจยืนยันเชื้อ แบคทีเรียก่อโรคในลำไส้

กลุ่มชันสูตรสาธารณสุข ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง หมู่ 4 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000

โทรศัพท์ 0-7550-1050, 0-07550-1052-3 ต่อ 122,124 โทรสาร 075-501056

หน่วยงานที่นำส่งเชื้อมาทดสอบ.....โทรศัพท์.....วันที่ส่งเชื้อ.....ผู้ส่งเชื้อ.....

รายละเอียดเชื้อตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ตัวอย่างทั้งหมด Stool……ตัวอย่าง ตรวจพบ.....ตัวอย่าง Blood……..ตัวอย่าง ตรวจพบ.....ตัวอย่าง

Hemo……...ตัวอย่าง ตรวจพบ.....ตัวอย่าง Urine……ตัวอย่าง ตรวจพบ.....ตัวอย่าง

อื่นๆ.....ตัวอย่าง ตรวจพบ..... ตัวอย่าง

No.	Your Lab No.	Patient's name or other Specimen (food, water,ect.)	H.N	Age	Sex	Source of specimen	Diagnosis	Group	สำหรับเจ้าหน้าที่ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์