



แบบฟอร์มส่งตรวจ Anti - HIV สำหรับผู้ป่วย
ส่งตรวจเฉพาะกรณีบุคลากรถูกเข็มตำ : ขอยกเว้นไม่เก็บเงินค่าตรวจผู้ป่วย
โรงพยาบาลทันตกรรม

NAME.....AGE.....
HN WARD/CLINIC..... SEX M F
DIAGNOSIS.....
REQUESTED BYDATE

รายการส่งตรวจ

- Anti HIV screening test (ราคา 170 บาท)
- HBsAg (ราคา 160 บาท)
- Anti HCV (ราคา 360 บาท)

NOTE

REPORTED BYDATE.....

คำแนะนำสำหรับการส่งตรวจ

1. ในเวลาราชการ

เจาะเลือดที่เคาน์เตอร์เจาะเลือด คลินิกรวม 1 โรงพยาบาลทันตกรรม โทร. 7582

2. นอกเวลาราชการ

2.1 กรณีหออผู้ป่วยเปิดทำการ เจาะเลือดที่หออผู้ป่วย โทร. 7689 เจ้าหน้าที่หออผู้ป่วยจะทำหน้าที่ส่งเลือดและรับผลตรวจจาก
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2.2 กรณีหออผู้ป่วยปิดทำการ

- จันทร์ - ศุกร์ เวลา 17.00 - 20.00 น. และ เสาร์ - อาทิตย์ เวลา 08.00 - 12.00 น. เจาะเลือด ที่ OPD LAB พยาธิ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร. 1560 และขอรับผลตรวจที่ห้อง SEROLOGY ชั้น 3 รพ.สงขลานครินทร์ โทร.1585
- จันทร์ - ศุกร์ หลัง 20.00 น. และ เสาร์ - อาทิตย์ หลัง 12.00 น. เจาะเลือด ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
จากนั้นนำเลือดไปส่งที่ OPD LAB พยาธิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร. 1560 และขอรับผลตรวจที่ห้อง
SEROLOGY ชั้น 3 รพ.สงขลานครินทร์ โทร.1585

3. รายละเอียดการส่งตรวจ

3.1 ผู้ป่วย ให้ส่งตรวจ Anti HIV screening test, HBsAg และ Anti HCV

3.2 บุคลากร ให้ส่งตรวจ Anti HIV screening test

4. เรียกเก็บเงินที่คณะทันตแพทยศาสตร์ ให้นำแบบฟอร์มส่งตรวจ Anti-HIV ทั้งของผู้ป่วยและบุคลากร ผ่านเคาน์เตอร์
การเงิน โรงพยาบาลทันตกรรม เพื่อปั๊มชำระเงิน นำไปที่เจาะเลือดและส่งไปพร้อมหลอดบรรจุเลือดส่งตรวจ

5. พิมพ์สติ๊กเกอร์ชื่อบุคลากรและผู้ป่วย อย่างละ 5 แผ่น นำไปที่เจาะเลือด (สำหรับติดบนแบบฟอร์มส่งตรวจ Anti- HIV
และ บนหลอดบรรจุเลือดส่งตรวจ)