



SURGICAL ORAL PATHOLOGY

ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา
คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-2188797-8

โรงพยาบาล/คลินิก
หน่วยงาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก
ที่อยู่ เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ชื่อ-สกุล ทันตแพทย์/แพทย์ (ผู้ผ่าตัด)
โทร. Email
ได้แนบเงินค่าตรวจ จำนวน..... บาท มาด้วยแล้ว

Surgical Oral Pathology No.

Name* Age* Birthdate*

Sex* Race Occupation..... Biopsy site*

Date of specimen collection*/...../..... (* ข้อมูลสำคัญ จำเป็นต้องกรอกให้ครบถ้วน)

Characteristics of lesion (shape, size, color, consistency, surface character, border, location)

.....
.....
.....

Type of operation (partial/complete excision)

Types of fixative agents ☐ 10% buffered formalin ☐ Others, specify

Summary of History (Chief complaint, duration, medical status, medication, habits, prior treatment)

.....
.....
.....

X-ray finding: (internal appearance (unilocular, multilocular, radiolucent, radiopaque), border (well-defined, ill-defined, corticated), extension of lesion, effects to surrounding structures, etc.)

.....
.....

Clinical Diagnosis:

.....

Previous Surgical Oral Pathology No.

Remarks

Requested by

**สิ่งส่งตรวจที่จัดส่งทางไปรษณีย์ ต้องบรรจุใส่ภาชนะปิดสนิทกันกระแทก หากเกิดความชำรุดของพัสดุและรั่วไหลของ
น้ำยาดองอันเนื่องมาจากการขนส่ง ทางห้องปฏิบัติการอาจปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ จนกว่าจะได้รับการแก้ไขให้เหมาะสม**

สำหรับเจ้าหน้าที่ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าบริการ.....บาท ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....