

# Laboratory Request Form

Department of Microbiology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn university, Tel. 02-218-8680

Must be filled in completely : Patient's name..... Sex..... Age.....

HN..... AN..... Ward..... Tel. ....

Ward Tel.

Specimen..... Collection Date..... Time.....

Diagnosis.....

Clinician mobile

Requested by(ตัวบรรจง)..... Mobile .....

หมายเลขใบเสร็จ

Receipt No. .... Cashier's signature.....

ลงรายมือผู้รับเงิน

## ☐ Gram's staining

เฉพาะเจ้าหน้าที่

Report result : .....

.....

.....

Reported by.....

## ☐ Drug susceptibility test

Report result :

| Antimicrobial agent          | Result | Antimicrobial agent | Result |
|------------------------------|--------|---------------------|--------|
| Ampicillin (AMP)             |        | Clindamycin (DA)    |        |
| Amoxicillin/Clavulanic (AMC) |        | Erythromycin (E)    |        |
| Amikacin (AK)                |        | Gentamicin (CN)     |        |
| Cephalothin (KF)             |        | Norfloxacin (NOR)   |        |
| Ceftriaxone (CRO)            |        | Oxacillin (OX)      |        |
| Ceftazidime (CAZ)            |        | Penicillin (P)      |        |
| Cloxacillin (OB)             |        | Tetracycline (TE)   |        |
| Co-trimoxazole (SXT)         |        |                     |        |
|                              |        |                     |        |

\*S = Susceptible (Sensitive) , I = Intermediate , R = Resistant

Reported by.....

## ☐ Caries activity test

### ☐ Mutans streptococci count

Report result : .....

### ☐ Lactobacilli count

Report result : .....

### ☐ Snyder's test

Report result : .....

Reported by.....

## ☐ Test for microbial contamination by colony count (ในระบบน้ำของยูนิตทำฟัน หรือตัวอย่างอื่นๆ)

Report result : .....

.....

.....

Reported by.....

\*\*\*กรุณาปฏิบัติตามใบคำแนะนำในการส่งสิ่งส่งตรวจมายังภาควิชาจุลชีววิทยา\*\*\*

จัดทำ มีค. 62

ใส่เลขหน้า ให้มีลำดับต่อท้ายจากใบคำแนะนำการส่งสิ่งส่งตรวจ