



ใบคำขอรับบริการตรวจโรคโคโรนา

บริษัท อควาทัช แล็บอราทอรี จำกัด

118/133 - 135 หมู่บ้านปรีชา-นิช 2 ถนนลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105566196216

โทรศัพท์: 02-136-2325, 062-293-3557 Website: www.touchlaboratory.com E-mail: Admin@Touchlaboratory.com LINE ID: @touchlab

หน้าที่/.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอรับบริการทดสอบ (โปรดกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน เนื่องจากใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำรายงานผลการทดสอบ)										สำหรับเจ้าหน้าที่		
1.1. ชื่อ-สกุล ผู้ส่งตัวอย่าง ชื่อ-สกุล: _____ โทรศัพท์: _____ E-mail: _____ LINE ID: _____										เลขที่ใบคำขอรับบริการ (Request No.)		
1.2. ชื่อ ที่อยู่ สำหรับระบุใบกำกับภาษี ชื่อ: _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: _____ ที่อยู่: _____												
1.3. ข้อมูลใบรายงานผลการทดสอบ												
รูปแบบใบรายงานผล: ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ ☐ ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (คิดค่าบริการเพิ่ม 300 บาท)												
ชื่อที่อยู่ (ภาษาไทย): ☐ ตามที่อยู่ในใบกำกับภาษี ☐ ที่อยู่อื่น (ระบุ) _____												
ชื่อที่อยู่ (ภาษาอังกฤษ): _____												
การระบุค่าความไม่แน่นอน, LOD, LOQ: ☐ ต้องการ (คิดค่าบริการเพิ่ม 300 บาท) ☐ ไม่ต้องการ												
การรับใบรายงานผลการทดสอบ: ☐ รับด้วยตนเอง ☐ จัดส่งตามที่อยู่ในใบกำกับภาษี ☐ จัดส่งตามที่อยู่ในใบรายงานผล												
การแจ้งผลการทดสอบเบื้องต้น: ☐ LINE ☐ E-mail												
1.4. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ (หากชนิดหรือสภาพตัวอย่างมีมากกว่า 1 ประเภท รวบรวมกรอกเพิ่มไปใหม่)												
จุดประสงค์: ☐ กิจกรรมกรมประมง (ระบุเลขอ้างอิง _____) ☐ เฝ้าระวังภายใน ☐ อื่น ๆ _____										วันที่เก็บตัวอย่าง: _____		
ชนิดตัวอย่าง: ☐ ปลาจาร์ฟ ☐ ปลากระพง ☐ ปลากะก ☐ อื่น ๆ _____										อุณหภูมิขณะขนส่ง: ☐ แช่เย็น/ แช่แข็ง ☐ อุณหภูมิห้อง		
รายละเอียดตัวอย่าง: ☐ ทั้งตัว (ระบุระยะ) _____ ☐ อวัยวะ (ระบุ) _____ ☐ อื่น ๆ _____										วิธีการส่งตัวอย่าง: ☐ ส่งด้วยตนเอง ☐ บริษัทขนส่ง		
ประเภทสภาพตัวอย่าง: ☐ แช่เย็น/ แช่แข็ง ☐ ดองแอลกอฮอล์ ☐ ตัวอย่างมีชีวิต										วันที่ขนส่งตัวอย่าง: _____		
ตัวอย่างหลังทดสอบ: ☐ ไม่รับคืน ☐ รับคืนด้วยตนเอง (ภายใน 3 เดือนหลังจากออกใบรายงานผลการทดสอบ)												
ลำดับ	ชื่อ/รหัสตัวอย่างของผู้ขอรับบริการ	วิธีและรายการทดสอบ (โปรดใส่ X ในช่องที่ต้องการทดสอบ)							ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง			
									2.1. รายละเอียดหลังรับตัวอย่าง			
									จำนวนตัวอย่าง	ตัวอย่างขณะรับ	สภาพตัวอย่าง	จำนวนรายการทดสอบ
									ปกติ	ผิดปกติ	(กรณีผิดปกติ)	ทั้งหมด
1		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				PCR
		อื่น ๆ										KHV _____ รายการ
2		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				RSIV _____ รายการ
		อื่น ๆ										RT-PCR
3		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				SVC _____ รายการ
		อื่น ๆ										qPCR
4		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				KHV _____ รายการ
		อื่น ๆ										Megalocyt _____ รายการ
5		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				ivrus _____ รายการ
		อื่น ๆ										qRT-PCR
6		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				VNN _____ รายการ
		อื่น ๆ										TiLV _____ รายการ
7		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				อื่น ๆ
		อื่น ๆ										
8		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				
		อื่น ๆ										
9		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				
		อื่น ๆ										
10		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				
		อื่น ๆ										
11		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				
		อื่น ๆ										
12		KHV	RSIV	SVC	VNN	TiLV	KHV	Megalocytivirus				
		อื่น ๆ										
ห้องปฏิบัติการมีนโยบาย 1. ไม่แสดงข้อคิดเห็นและแปลผลการทดสอบ 2. ไม่ระบุความเป็นไปตามข้อกำหนด 3. ระหว่างรอชำระค่าบริการ เก็บรักษาตัวอย่าง 15 วันทำการ 4. ตัวอย่างมีชีวิต ห้องปฏิบัติการจะเก็บรักษาตามวิธีทันที												
2.2. ช่องทางการชำระเงิน												
เลขที่ใบเสนอราคา: QT _____												
☐ เงินสด												
☐ โอนผ่านบัญชี ธ.ไทยพาณิชย์ (SCB)												
เลขที่บัญชี 418-170352-5												
ชื่อบัญชี บริษัท อควาทัช แล็บอราทอรี จำกัด												
วันที่ชำระ: _____												
2.3. เจ้าหน้าที่รับตัวอย่างทบทวน												
☐ ข้อมูล/ตัวอย่างถูกต้อง, ครบถ้วน, สมบูรณ์, เพียงพอ												
เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง												
(_____)												
วันที่ _____												
ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ทบทวนคำขอรับบริการและความพร้อมของห้องปฏิบัติการ												
3.1. ทบทวนคำขอ: ☐ ถูกต้อง-สมบูรณ์ เป็นไปตามเงื่อนไข ☐ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข (ระบุ) _____ ☐ ปฏิเสธการรับตัวอย่าง เนื่องจาก _____												
3.2. ทบทวนความพร้อมของห้องปฏิบัติการ ☐ ให้บริการได้ทั้งหมด ☐ สามารถให้บริการได้บางส่วน ☐ ไม่สามารถให้บริการได้												
ผู้ทบทวนคำขอรับบริการ												
(_____)												
3.3. วันที่นัดรับผลการทดสอบ												
คำแทนม่ง (_____)												
วันที่ _____												
หมายเหตุ: _____												