

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอรับบริการทดสอบ (โปรดกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน เนื่องจากใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำรายงานผลการทดสอบ)

1.1. ชื่อ-สกุล ผู้ส่งตัวอย่าง

ชื่อ-สกุล: _____ โทรศัพท์: _____

E-mail: _____ LINE ID: _____

1.2. ชื่อ ที่อยู่ สำหรับระบุใบกำกับภาษี

ชื่อ: _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: _____

ที่อยู่: _____

1.3. ข้อมูลใบรายงานผลการทดสอบ

รูปแบบใบรายงานผล: ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ ☐ ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (คิดค่าบริการเพิ่ม 300 บาท)

ชื่อ-ที่อยู่ (ภาษาไทย): ☐ ตามที่อยู่ในใบกำกับภาษี ☐ ที่อยู่อื่น (ระบุ) _____

ชื่อ-ที่อยู่ (ภาษาอังกฤษ): _____

การระบุค่าความไม่แน่นอน, LOD, LOQ: ☐ ต้องการ (คิดค่าบริการเพิ่ม 300 บาท) ☐ ไม่ต้องการ

การรับใบรายงานผลการทดสอบ: ☐ รับด้วยตนเอง ☐ จัดส่งตามที่อยู่ในใบกำกับภาษี ☐ จัดส่งตามที่อยู่ในใบรายงานผล

การแจ้งผลการทดสอบเบื้องต้น: ☐ LINE ☐ E-mail

1.4. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ (หากชนิดหรือสภาพตัวอย่างมีมากกว่า 1 ประเภท รบกวนกรอกเพิ่มไปใหม่)

จุดประสงค์: ☐ กิจกรรมกรมประมง (ระบุเลขอ้างอิง _____) ☐ เฝ้าระวังภายใน ☐ อื่น ๆ _____

ชนิดตัวอย่าง: ☐ ปลาคาร์พ ☐ ปลากระพง ☐ ปลาเก๋า ☐ อื่น ๆ _____

สภาพตัวอย่าง: ☐ แช่เย็น/ แช่แข็ง ☐ ดองแอลกอฮอล์ ☐ ตัวอย่างมีชีวิต

ตัวอย่างหลังทดสอบ: ☐ ไม่รับคืน ☐ รับคืนด้วยตนเอง (ภายใน 3 เดือนหลังจากออกใบรายงานผลการทดสอบ)

วันที่เก็บตัวอย่าง: _____

อุณหภูมิขณะขนส่ง: ☐ แช่เย็น/ แช่แข็ง ☐ อุณหภูมิห้อง

วิธีการส่งตัวอย่าง: ☐ ส่งด้วยตนเอง ☐ บริษัทขนส่ง

วันที่ส่งตัวอย่าง: _____

ลำดับ	ชื่อ/รหัสตัวอย่างของผู้ขอรับบริการ	วิธีและรายการทดสอบ (โปรดใส่ X ในช่องที่ต้องการทดสอบ)						ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง			
								2.1. รายละเอียดหลังรับตัวอย่าง			
		PCR		RT-PCR	qPCR	qRT-PCR		จำนวนตัวอย่าง	ตัวอย่างขณะรับ		สภาพตัวอย่าง (กรณีผิดปกติ)
									ปกติ	ผิดปกติ	ทั้งหมด
1		☐	☐	☐	☐	☐	☐				PCR
	อื่น ๆ										KHV _____ รายการ
2		☐	☐	☐	☐	☐	☐				RSIV _____ รายการ
	อื่น ๆ										RT-PCR
3		☐	☐	☐	☐	☐	☐				SVC _____ รายการ
	อื่น ๆ										qPCR
4		☐	☐	☐	☐	☐	☐				MCV _____ รายการ
	อื่น ๆ										qRT-PCR
5		☐	☐	☐	☐	☐	☐				TiLV _____ รายการ
	อื่น ๆ										VNN _____ รายการ
6		☐	☐	☐	☐	☐	☐				อื่น ๆ
	อื่น ๆ										
7		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										
8		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										
9		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										
10		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										
11		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										
12		☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	อื่น ๆ										

ห้องปฏิบัติการมีนโยบาย

1. ไม่แสดงความคิดเห็นและแปลผลการทดสอบ 2. ไม่ระบุความเป็นไปตามข้อกำหนด 3. ระหว่างรอชำระค่าบริการ เก็บรักษาตัวอย่าง 15 วันทำการ 4. ตัวอย่างมีชีวิต ห้องปฏิบัติการจะเก็บรักษาตามวิธีทันที

สำหรับผู้ขอรับบริการทดสอบ

☐ ผู้ขอรับบริการทดสอบ รับทราบและยินยอมให้ทดสอบตาม _____ ลงนาม _____

ข้อตกลงที่ห้องปฏิบัติการกำหนด และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ _____

ถูกต้องโดยห้องปฏิบัติการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขข้อมูล _____

ในใบรายงานผลที่ไม่ตรงกับใบคำขอรับบริการนี้ _____ (_____)

วันที่ _____

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

3.3. วันที่นัดรับผลการทดสอบ

ผู้ทบทวนคำขอรับบริการ

(_____)

ตำแหน่ง (_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ: _____
