



## 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 หากเกิดความชำรุดของพัสดุและรั่วไหลของน้ำยาต้องอันเนื่องมาจากการขนส่ง ทางห้องปฏิบัติการอาจปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ จนกว่าจะได้รับการแก้ไขให้เหมาะสม\*\***

สำหรับเจ้าหน้าที่ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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