

 SUDDHAVEJ HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE MAHASARAKHAM UNIVERSITY	ชื่อ..... นามสกุล
	เพศ อายุ ปี HN
Ward/ห้องผ่าตัด	
วันที่เก็บส่งตรวจ เวลา : น.	วันที่ส่งส่งตรวจ เวลา : น.

SURGICAL PATHOLOGY REQUEST FORM: KIDNEY BIOPSY

Method of specimen collection: Needle biopsy

Character of specimen: เส้นผ่านศูนย์กลาง.....มม. ยาว.....มม.

Clinical history Chief complaint:			
Present illness:			
Past medical history:			
BP...../..... mmHg	Anemia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....		
	Edema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....		
Urinalysis		Urine 24 Hrs	
SpGr 1.0..... pH	Protein Sugar	Volume mL	Hct%
RBC/HPF WBC/HPF	Epithelium/HPF	Protein mg/vol	WBC cells/mm ³
Cast		Cr mg/vol	Plt cells/mm ³
		Urea mg/vol	N%... L%.....
			Eo%..... Mo%.....
Blood chemistry	BUNmg/dL	C3mg/dL	Infection: Yes No N/A
	Crmg/dL	C4mg/dL	HBsAg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	FBSmg/dL	ANF	Anti HCV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Anti HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
U/S kidney	Size: Rt.x.... cm. Lt.x.... cm.		<input type="checkbox"/> Parenchymal change
Other investigation(s)		
Clinical diagnosis	<input type="checkbox"/> Primary NS <input type="checkbox"/> Lupus nephritis <input type="checkbox"/> Other		
แพทย์เจ้าของไข้	เบอร์โทรศัพท์		
(สำหรับห้องปฏิบัติการ) วันที่รับลงทะเบียน.....		Turnaround time.....	

หน่วยพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 269 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
 โทร.043-722031 ต่อ 7706 Email: msu.patholab@gmail.com
 ปรับปรุงล่าสุดวันที่ 3 ก.ย. 62 รหัสเอกสาร 006