แบบฟอร์มใบสั่งและใบรายงานผล

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 ถ.ชาตะผดุง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทรศัพท์ : 043-209-999 ต่อ 63303

ใบรายงานผล

ชื่อ – สกุล .... HN.................... AN......................VN.............
เพศ : ....อายุ .... ตึก............... สิทธิ ....
วันที่...................... เวลา................ LAB No. .... แพทย์ผู้สั่ง :

Test Name	Result	Flag	Unit	Reference	Method

ผู้บันทึกผล : ผู้วิเคราะห์ : ผู้ตรวจสอบ:

หน้าที่ 1/1

H = Higher reference
L = Lower reference
CH = Critical high
CL = Critical Low

วัน/เวลาบันทึกผล
วัน/เวลารายงานผล
วัน/เวลาพิมพ์ผล