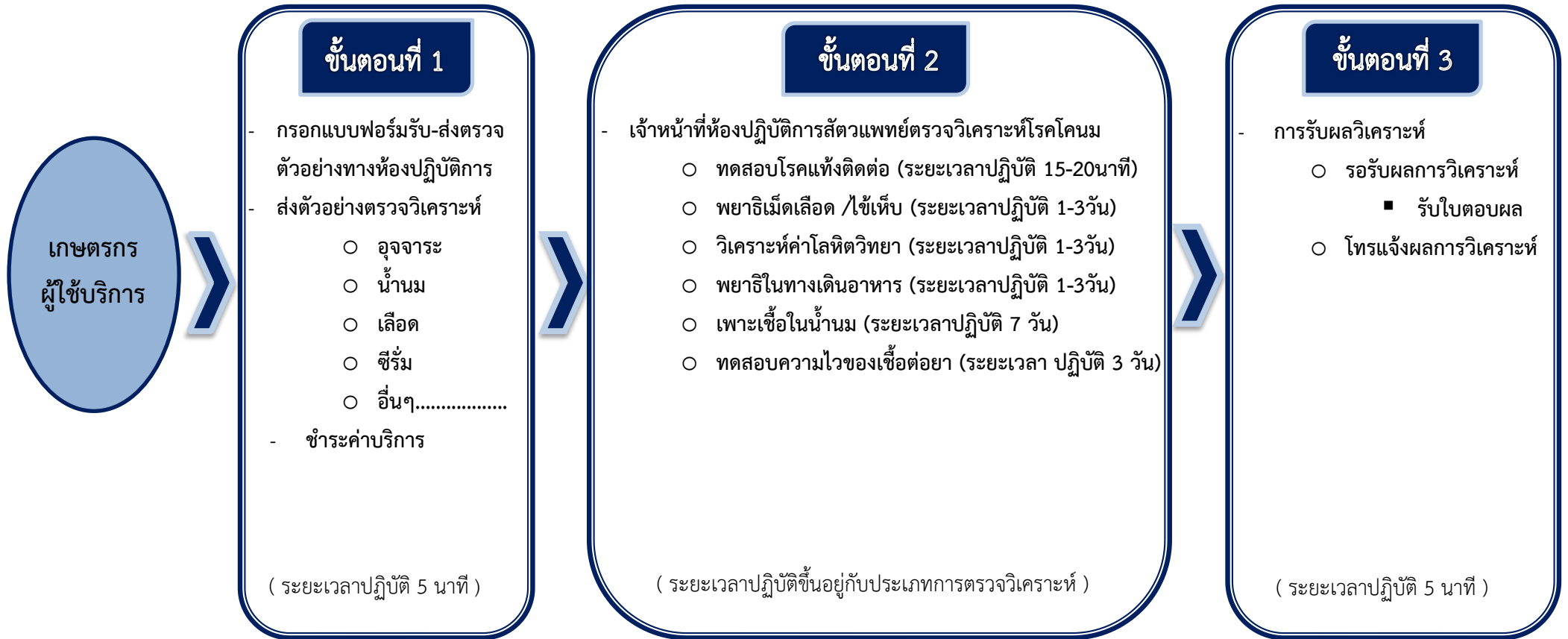


มาตรฐานกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานและระยะเวลาการให้บริการ

เรื่อง การให้บริการการตรวจวินิจฉัยโรคโคนม ห้องปฏิบัติการสัตวแพทย์ อ.ส.ค.



หมายเหตุ : ขั้นตอนที่ 2 ไม่นับรวมวันหยุดราชการ

แบบฟอร์มรับส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

แผนกสัตวแพทย์และผสมเทียม ฝ่ายส่งเสริมการเลี้ยงโคนม องค์การส่งเสริมกิจการโคนมแห่งประเทศไทย

ที่อยู่ 160 ม.1 ถ.มิตรภาพ ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี 18180 โทร. 063-2023881

ชื่อผู้ส่ง /เจ้าของ/ หน่วยงาน.....	สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัตรประชาชน..... โทร.....	วันที่รับตัวอย่าง.....
ที่ตั้งฟาร์ม / ที่อยู่	จำนวนตัวอย่าง.....จำนวน
เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....	เลขที่ตัวอย่าง.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	

ชนิดสัตว์ () โค () กระบือ () แพะ () แกะ () อื่นๆ.....	จำนวนสัตว์.....ตัว : รหัสตัวอย่าง.....
กลุ่ม : () เนื้อ () นม	ชนิดของตัวอย่าง (ระบุจำนวน)
() พ่อแม่พันธุ์ () พื้นเมือง () ขุน	() อุจจาระ..... () น้มนม..... () เลือด.....
	() ซิรัม..... () อื่นๆ(ระบุ).....จำนวน.....

ความต้องการวิเคราะห์	จำนวนสัตว์ทั้งฟาร์ม / ผุง.....ตัว
() ทดสอบโรคแท้งติดต่อ (RBT) () วิเคราะห์ค่าโลหิตวิทยา	กลุ่มที่ป่วยคือ (ถูก / รุน / รีด / คราย : อื่นๆ).....ป่วย.....ตาย.....
(X) ตรวจวิเคราะห์ทางเคมีของเลือด () พยาธิในทางเดินอาหาร	วันที่เริ่มป่วยของผุง...../...../.....
() พยาธิเม็ดเลือด/ไข้เห็น	ระยะเวลาป่วยถึงตาย.....วัน
() ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา () เพาะเชื้อในน้ำนม	สัตว์ชนิดอื่นร่วมผุง () ไม่มี () มี (ระบุ).....จำนวน.....ตัว
() อื่นๆ.....	

ลักษณะที่ส่งตรวจ อายุ.....ปี เพศ..... พันธุ์..... หมายเลข.....

ประวัติการนำเข้า () เป็นสัตว์ที่มีอยู่เดิม () นำเข้าใหม่ จาก.....เมื่อ.....

ประวัติวัคซีน / ถ่ายพยาธิ (ระบุชนิด : วัน / เดือน / ปี).....

โรคที่เคยระบาดในฟาร์ม / ฟาร์มข้างเคียง.....

อาการสัตว์ป่วย () ระบบทางเดินอาหาร () ระบบทางเดินหายใจ () ระบบประสาท () ระบบไหลเวียนโลหิต () ระบบสืบพันธุ์ () อื่นๆ.....

รอยโรค.....

การรักษา.....

ผลการรักษา.....

การรับตัวอย่างคืน : () รับตัวอย่างคืน () ไม่รับตัวอย่างคืน
การรับผลการวิเคราะห์ : () รอรับผล () โทรแจ้งผล () ต้องการใบตอบผล

(โปรดเขียนด้วยบรรจง) ลงชื่อ ผู้ส่งตัวอย่าง..... ผู้รับตัวอย่าง.....

เจ้าหน้าที่..... ระยะเวลาตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้เวลา.....วัน

สำหรับเจ้าหน้าที่ หมายเหตุ//:

สภาพตัวอย่าง () เหมาะสม () ไม่เหมาะสม เนื่องจาก.....

ส่งตรวจ () Rose Bengal Test () Drug Sensitivity () Bacteria culture / Identification

() Blood gas analysis () Complete Blood count () Blood parasite

() Internal Parasite / Feces () pH () Urine Strip Test

() Other.....