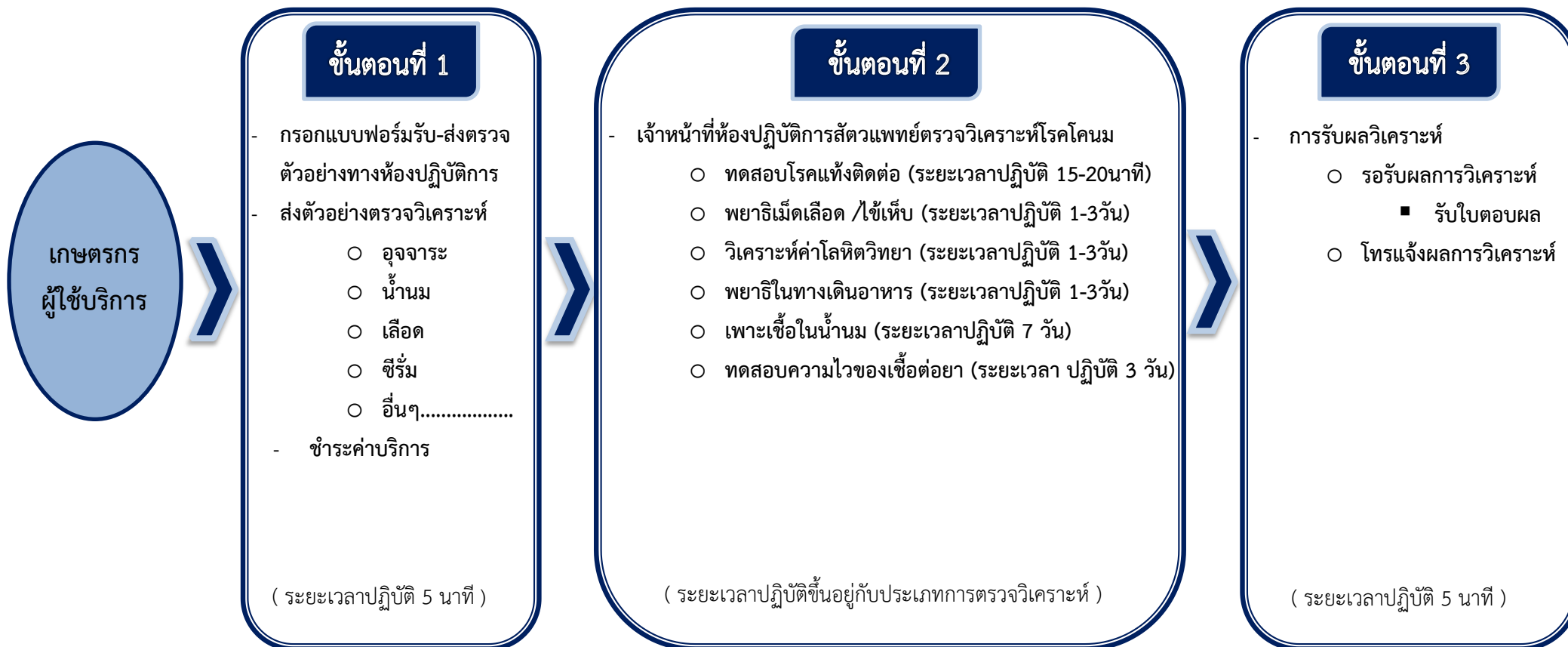


คู่มือมาตรฐานกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานและระยะเวลาการให้บริการ

เรื่อง การใช้บริการการตรวจวินิจฉัยโรคโคนม ห้องปฏิบัติการสัตวแพทย์ อ.ส.ค.



หมายเหตุ : ขั้นตอนที่ 2 ไม่นับรวมวันหยุดราชการ

ช่องทางการให้บริการ : walk-in เข้ามาที่ฝ่ายส่งเสริมการเลี้ยงโคนม อ.ส.ค.มวกเหล็ก จ.สระบุรี
: ช่องทาง online <https://www.dpo.go.th/e-service/>

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พ.ร.บ. สุขภาพสัตว์ และ พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การส่งเสริมกิจการโคนมแห่งประเทศไทย พ.ศ.2514 และที่แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2-7 มาตรา 7



ห้องปฏิบัติการ สัตวแพทย์ อ.ส.ค.



ตรวจโรค
แท้งติดต่อในสัตว์

20.-

1

2

ตรวจโรค
พยาธิในเม็ดเลือด

200.-



3

ตรวจโรคต้าน
อักเสบ

160.-



4

บริการตรวจพยาธิภายในลำไส้



ค่าบริการ 40.- / ตัวอย่าง

ตรวจไขพยาธิ
ภายในลำไส้สัตว์

40.-

5

วัคซีนโรคหูด

100.-



ห้องปฏิบัติการสัตวแพทย์ อ.ส.ค.



091-890-6227

แบบฟอร์มรับส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

แผนกสัตวแพทย์และผสมเทียม ฝ่ายส่งเสริมการเลี้ยงโคนม องค์การส่งเสริมกิจการโคนมแห่งประเทศไทย

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

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

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

ความต้องการวิเคราะห์ () ทดสอบโรคแท้งติดต่อ (RBT) () วิเคราะห์ค่าโลหิตวิทยา (X) ตรวจวิเคราะห์ทางเคมีของเลือด () พยาธิในทางเดินอาหาร () พยาธิเม็ดเลือด/ไข้หีบ () ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา () เพาะเชื้อในน้ำนม () อื่นๆ.....	จำนวนสัตว์ทั้งฟาร์ม / ฟุ้ง.....ตัว กลุ่มที่ป่วยคือ (ลูก / รุน / ริด / คราย : อื่นๆ).....ป่วย.....ตาย..... วันที่เริ่มป่วยของฟุ้ง...../...../..... ระยะเวลาป่วยถึงตาย.....วัน สัตว์ชนิดอื่นร่วมฟุ้ง () ไม่มี () มี (ระบุ).....จำนวน.....ตัว
---	--

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.....		