



คู่มือการให้บริการ

การขอรับบริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ศูนย์เวชศาสตร์ขั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<https://cvdtt.vet.cmu.ac.th>

053 948 041 , 094 636 2641

vet_diag@cmu.ac.th

LINE @vrq8141n

จัดทำโดย

ศูนย์เวชศาสตร์ขั้นสูง
และนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์

คณะสัตวแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(1) ชื่องาน : คู่มือการขอรับบริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของผู้มารับบริการที่ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรม ด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(2) วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน : การขอรับบริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรม ด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หน่วยงานที่ให้บริการ : ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารที่ส่งเป็นไปตามแบบฟอร์ม ดังต่อไปนี้

01 แบบฟอร์มการขอรับบริการ

02 ขั้นตอนการให้บริการและการออกรายงานผล

กฎ/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง :

ประกาศ สพ.มช. เรื่อง กำหนดประเภทรายรับ รายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย ฉบับที่ ร.1/2569 ลงวันที่ 1 เมษายน 2569

(4) ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ จุดบริการ ณ จุดรับ-ส่งตัวอย่าง อาคารศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงฯ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 94 8041,094-6362641 Line OA : @vrq8141n อีเมล vet_diag@cmu.ac.th	ระยะเวลาเปิดให้บริการส่งสิ่งส่งตรวจ เปิดให้บริการวันจันทร์-เสาร์ (หยุดทุกวันอาทิตย์) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. ระยะเวลาการเปิดให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์(ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ขึ้นอยู่กับประเภทสิ่งส่งตรวจตามห้องปฏิบัติการ

(5) อัตราค่าบริการ

เป็นไปตามประกาศ สพ.มช. เรื่อง กำหนดประเภทรายรับ รายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย ฉบับที่ ร.1/2569 ลงวันที่ 1 เมษายน 2569

ขั้นตอนการขอรับบริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับที่	ลักษณะกระบวนการ	รายละเอียดงาน	ระยะเวลาดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
1	ผู้ขอรับบริการนำสิ่งส่งตรวจ	ผู้ขอรับบริการสามารถเลือกช่องทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ 3 ช่องทาง พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการส่งตรวจ	30 นาที	<ul style="list-style-type: none"> ช่องทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เอกสารแนบ 1) แบบฟอร์มการส่งตรวจ (เอกสารแนบ 2)
2	การชำระเงิน	<p>การชำระค่าบริการแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้</p> <p>2.1 การเรียกเก็บค่าบริการรายเดือน โดยมีรายชื่อ ดังนี้</p> <p>ทั้งนี้ หากผู้ขอรับบริการไม่แน่ใจเกี่ยวกับรายการค่าบริการหรือเงื่อนไขการเรียกเก็บเงิน สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่การเงิน</p> <p>2.2 การชำระค่าบริการหลังส่งสิ่งส่งตรวจ</p> <p>สำหรับผู้ขอรับบริการทั่วไป เจ้าหน้าที่จะแจ้งค่าบริการหลังจากดำเนินการรับสิ่งส่งตรวจเรียบร้อยแล้ว โดยผู้ขอรับบริการสามารถชำระค่าบริการ ณ จุดรับชำระเงิน ตามอัตราค่าบริการที่หน่วยงานกำหนดไว้</p>	5 นาที	ประกาศ สพ.มช. เรื่อง กำหนดประเภทรายรับรายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย
3	การรายงานผล	การรายงานผลขึ้นอยู่กับประเภทที่ผู้ขอรับบริการส่งตรวจ	3-20 วัน	ระยะเวลาการออกรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เอกสารแนบ 3)

(1)
(2)
(3)
(4)
(5)
(6)

เอกสารแนบ 1

ผู้ขอรับบริการสามารถเลือกช่องทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

1. ผู้ขอรับบริการนำสิ่งส่งตรวจเข้ามาติดต่อและกรอกใบคำขอรับบริการด้วยตนเอง ที่ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
2. ผู้ขอรับบริการนำสิ่งส่งตรวจผ่านจากสถานพยาบาล
 - รอบการออกรับสิ่งส่งตรวจ: มีพนักงานขับรถของคณะสัตวแพทยศาสตร์ ออกไปรับสิ่งส่งตรวจจากสถานพยาบาลสัตว์ภายนอกตามที่ได้นัดหมายไว้ เฉพาะวันจันทร์-วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยมีรอบเวลาออกปฏิบัติงาน 2 ช่วงเวลาโดยประมาณ ได้แก่ 09.30 น. และ 13.30 น.
 - การประสานงาน: เจ้าหน้าที่สำนักงาน (เลขานุการฯ) จะประสานงานและแจ้งรายละเอียดข้อมูล/ตามที่สถานพยาบาลสัตว์นัดหมายไว้ ลงในกลุ่ม Line Official ชื่อ "รับ-ส่งตัวอย่าง" เพื่อให้พนักงานขับรถรับทราบและเข้ารับสิ่งส่งตรวจตามรอบเวลา
3. ผู้ขอรับบริการจัดส่งตัวอย่างผ่านบริษัทขนส่ง (Delivery Service)

ผู้ขอรับบริการส่งสิ่งส่งตรวจผ่านทางบริษัทขนส่งเอกชนหรือไปรษณีย์ โดยแบ่งรูปแบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและอุณหภูมิระหว่างจัดส่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- ขนส่งแบบทั่วไป (Normal): ไม่ควบคุมอุณหภูมิ (สำหรับสิ่งส่งตรวจประเภทสไลด์, อัญมณี)
- ขนส่งแบบแช่เย็น (Chilled): ควบคุมอุณหภูมิ 2-8 °C (เช่น ตัวอย่างเลือด, ซีรัม, น้ำ)
- ขนส่งแบบแช่แข็ง (Frozen): ควบคุมอุณหภูมิต่ำกว่า 0 °C (เช่น เนื้อเยื่อสด, ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทางไวรัสวิทยา หรืออนุชีววิทยา)
- ขนส่งแบบแช่ฟอร์มาลิน (Formalin Fixed): ไม่ควบคุมอุณหภูมิ แต่ต้องบรรจุในน้ำยาคงสภาพชิ้นเนื้อสำหรับสิ่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (เช่น Histopathology หรือ Biopsy)

เอกสารแนบ 2


แบบฟอร์มคำขอรับบริการ

แบบฟอร์มใบคำขอรับบริการจากผู้ขอรับบริการ และรายละเอียดที่ต้องกรอก จะแยกตามประเภทของการรับบริการ มีดังนี้

2.1 ใบคำขอรับบริการห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

2.1.1 ใบคำขอรับบริการผ่าชันสูตรซาก (Necropsy)

F01.1 Rev.06/25 02 25



ใบคำขอรับบริการผ่าชันสูตรซาก (Necropsy)
ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel: 053-948041 Mobile: 094-6362641
Line: @vmo8141n E-mail: vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)	
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ประวัติ/อาการป่วย (HISTORY/CLINICAL SIGN)
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)	วันที่ตาย: _____ เวลาที่ตาย: _____ ประวัติ อาการป่วย การรักษา: _____
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	วิธีเก็บรักษาซากสัตว์ <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)
พันธุ์ (BREED)	
เพศ (SEX)	
อายุ (AGE)	

*กรุณากรอกในช่องว่างให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความถูกต้องของผลการตรวจ (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)				
LABORATORY REQUEST FOR	SAMPLE TYPE	CARCASS SIZE	CONDITION	NUMBER OF ANIMAL
<input type="checkbox"/> Necropsy	<input type="checkbox"/> Live animal	<input type="checkbox"/> S (<0.5 kg)	<input type="checkbox"/> Fresh	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carcass	<input type="checkbox"/> M (0.6-10 kg)	<input type="checkbox"/> Autolysis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L (11-30 kg)	<input type="checkbox"/>	

FURTHER LABORATORY		RESPONSIBLE VETERINARIAN	CARCASS MANAGEMENT
<input type="checkbox"/> Histopathology <input type="checkbox"/> Cytology <input type="checkbox"/> Bacteriology (<input type="radio"/> Conventional <input type="radio"/> Vitek2) <input type="checkbox"/> Mycology <input type="checkbox"/> Molecular biology	<input type="checkbox"/> Serology <input type="checkbox"/> Virology <input type="checkbox"/> Parasitology <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KB <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Return (<input type="radio"/> with stitches) <input type="checkbox"/> Incineration (500/50x.....kg) <input type="checkbox"/> Incineration and keep bone and ash
Remark			

การจัดการซากหลังผ่าชันสูตรซาก

การชำระค่าบริการ: ค้างชำระ
 เรียกเก็บที่ ผู้ส่ง เจ้าของ
 เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน
 เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท
หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทำ นอกเหนือจากการขายชิ้น จะต้องมีกับค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากภาคาคำตรวจ

Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....

2.1.2 ใบคำขอรับบริการทดสอบจุลพยาธิวิทยา (Histopathology)



ใบคำขอรับบริการทดสอบจุลพยาธิวิทยา (Histopathology)
 ศูนย์วิทยาศาสตร์การสัตวแพทย์และนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 (Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
 Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
 Line: @vmdh141n E-mail: vet_diagn@cu.ac.th

F01 2 Rev.09/25 02 25

(ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.
 DATE
 Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

*กรุณากรอกใบนี้ให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความถูกต้องของผลการตรวจ (please fill out the information completely)

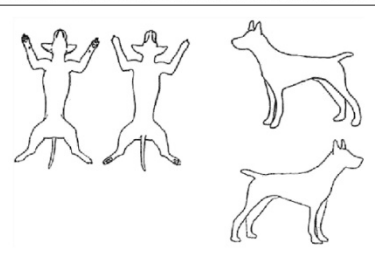
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)									
ชื่อโครงการวิจัย (ถ้ามี)									
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประเภทตัวอย่างส่งตรวจ (sample type): <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อชีวเวช (ตรวจรายการด้านล่าง) <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้องานวิจัย (Research) <input type="checkbox"/>							
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		ลักษณะตัวอย่างส่งตรวจ (sample preparation): <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อในฟอร์มลิน (formalin-fixed tissue) <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อสด (frozen/fresh tissues) <input type="checkbox"/> บล็อกพาราฟิน (paraffin block) <input type="checkbox"/> สไลด์ H&E <input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อในสาร (fixed in) <input type="checkbox"/>							
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/>	วันที่เก็บตัวอย่าง		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง					
พันธุ์ (BREED)		วันที่เก็บตัวอย่าง	เวลา	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ธรรมดา (room temp)					
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>	รายการทดสอบ (HISTOPATHOLOGY TEST)			อื่นๆ				
อายุ (AGE)		<input type="checkbox"/> อ่านได้จุลพยาธิวิทยาพร้อมรายงานผล (histopathology report) (350)			<input type="checkbox"/> ซีดี Formalin (50/L) ปริมาณ L				
ประวัติ อาการ การรักษา		<input type="checkbox"/> อ่านได้จุลพยาธิวิทยา (histopathology report) (น้ำสไลด์ H&E มาแนส่ง) (200)			<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> ทำสไลด์จุลพยาธิวิทยา (histopathology, H&E) (180) แผ่น			Remark:				
		ย้อมพิเศษ (SPECIAL STAIN)							
		<input type="checkbox"/> Acid-fast stain (100) <input type="checkbox"/> Gram's (100) <input type="checkbox"/> Masson trichrome (MT) (150)							
การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> สด <input type="checkbox"/> ไม่สด		<input type="checkbox"/> Periodic-acid Schiff (PAS) (200) <input type="checkbox"/> Diff-Quick (250)							
การบรรจุตัวอย่าง <input type="checkbox"/> สด <input type="checkbox"/> ไม่สด		<input type="checkbox"/> Toluidine blue (100) <input type="checkbox"/> Giemsa (100) <input type="checkbox"/> Congo red (150)							
<input type="checkbox"/> กล้องสไลด์ ขนาดเล็ก 25 แผ่น (100)		<input type="checkbox"/> IHC							
<input type="checkbox"/> กล้องสไลด์ ขนาดใหญ่ 100 แผ่น (250)		<input type="checkbox"/> อื่นๆ							
*รายการตัวอย่างชิ้นเนื้อ (SAMPLE NAME/ORGAN)									
NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO	NAME/ORGAN	NO
<input type="checkbox"/> Cerebrum		<input type="checkbox"/> Kidney		<input type="checkbox"/> Ileum		<input type="checkbox"/> Reticulum		<input type="checkbox"/> Lymph node	
<input type="checkbox"/> Cerebellum		<input type="checkbox"/> Spleen		<input type="checkbox"/> Cecum		<input type="checkbox"/> Omasum		<input type="checkbox"/> Mass	
<input type="checkbox"/> Heart		<input type="checkbox"/> Stomach		<input type="checkbox"/> Colon		<input type="checkbox"/> Abomasum		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lung		<input type="checkbox"/> Duodenum		<input type="checkbox"/> Rectum		<input type="checkbox"/> Pancreas		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Liver		<input type="checkbox"/> Jejunum		<input type="checkbox"/> Rumen		<input type="checkbox"/> Testis <input type="checkbox"/> Ovary		<input type="checkbox"/>	
Remark									
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ตั้งชำระ									
<input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/>									
<input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่..... จำนวนเงิน..... บาท เลขชื่อผู้รับเงิน.....									
<input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่..... เวลา..... จำนวนเงิน..... บาท									
หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะจัดส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากรายการข้างต้น									

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.1.3 ใบคำขอรับบริการทดสอบพยาธิวิทยา (Biopsy)

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT) <input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>		หมายเลขประจำตัวเสียภาษี (TAX ID)	

*กรุณากรอกใบนี้ให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความถูกต้องของผลการตรวจ (please fill out the information completely)

SAMPLE DETAIL			
Animal name	Animal ID/OPD		
Species <input type="checkbox"/> Canine <input type="checkbox"/> Feline <input type="checkbox"/> Avian <input type="checkbox"/> Exotic			FIXATIVE INFORMATION
Breed <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Shih Tzu <input type="checkbox"/> Poodle <input type="checkbox"/> German shepherd <input type="checkbox"/> Golden retriever <input type="checkbox"/> Labrador <input type="checkbox"/> Pomeranian <input type="checkbox"/> Chi Hua Hua <input type="checkbox"/> DSH <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> American short hair	Fixed date		
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Neutered	Fixed time		
Age	Body weight	kg	Fixative <input type="checkbox"/> 10% Formalin <input type="checkbox"/>
History (include signs, duration, therapy, management practices, ration, or previous history of disease)			
Organ / site of lesion			
Duration of growth			
Shape <input type="checkbox"/> Round <input type="checkbox"/> Oval <input type="checkbox"/> Irregular	Size	cm / mm	
Metastasis (from thoracic X-ray) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown			
Lymph node involvement <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown			
Color <input type="checkbox"/> Grey <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Yellow <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Unknown			
Consistency <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Firm <input type="checkbox"/> Hard			
Hemorrhages <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Suppuration <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Ulceration <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Alopecia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Mammary gland tumor Anterior [] [] [] [] Lt Posterior Anterior [] [] [] [] Rt Posterior			
HISTOPATHOLOGY TEST			
<input type="checkbox"/> อำนวยคำปรึกษาพยาธิวิทยาพร้อมรายงานผล (histopathology report) (350/แผ่น) แผ่น			
<input type="checkbox"/> อำนวยคำปรึกษาพยาธิวิทยา (histopathology report) (นำสไลด์ H&E มาเอง) (200/แผ่น) แผ่น			
Remark			
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เที่ยงเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่..... / จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่..... / เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ			
Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....			

2.1.4 ใบคำขอรับบริการทดสอบเซลล์วิทยา (Cytology)

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT) <input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>		หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

(ส่วนของผู้จำหน่ายที่กรอกข้อมูล)

CASE No.
DATE
Time


ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line: @vqd8141n E-mail: vet_diagg@cmu.ac.th

*กรณกรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความถูกต้องของผลการตรวจ (please fill out the information completely)

SAMPLE DETAIL		
Animal name	Animal ID/OPD	Sample type
Species <input type="checkbox"/> Canine <input type="checkbox"/> Feline <input type="checkbox"/> Avian <input type="checkbox"/> Exotic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> FNNA <input type="checkbox"/> Impression
Breed <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Shih Tzu <input type="checkbox"/> Poodle <input type="checkbox"/> German shepherd <input type="checkbox"/> Golden retriever <input type="checkbox"/> Labrador <input type="checkbox"/> Pomeranian <input type="checkbox"/> Chi Hua Hua <input type="checkbox"/> DSH <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> American short hair <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fluid <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/>
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Neutered <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Unstained (<input type="checkbox"/> Fixed
Age	Body weight kg	<input type="checkbox"/> Air dry (<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stained (<input type="checkbox"/> Diff-Quick <input type="checkbox"/>		
History (include signs, duration, therapy, management practices, ration, or previous history of disease)		
Organ / site of lesion		
Duration of growth		
Shape <input type="checkbox"/> Round <input type="checkbox"/> Oval <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>	Size	cm / mm
Metastasis (from thoracic X-ray) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		
Lymph node involvement <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		
Color <input type="checkbox"/> Grey <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Yellow <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/>		
Consistency <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Firm <input type="checkbox"/> Hard		
Hemorrhages <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Suppuration <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Ulceration <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Alopecia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Mammary gland tumor Anterior [] [] [] [] Lt Posterior Anterior [] [] [] [] Rt Posterior		
CYTOLOGICAL TEST		
<input type="checkbox"/> ยานส์ไลต์เซลล์วิทยา (cytology) (250)		
<input type="checkbox"/>		
Remark		
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน..... <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทำ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องแนบค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ		

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.1.5 ใบคำขอรับบริการห้องปฏิบัติการมิถุนวิทยา



ใบคำขอรับบริการห้องปฏิบัติการมิถุนวิทยา
ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vraq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

F12 1 Rev/09/22 08 22

(ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	


รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)		
ชื่อโครงการ		
SAMPLE TYPE	NUMBER	Remark
<input type="checkbox"/> Glass slide H&E		
<input type="checkbox"/> Glass slide _____		
<input type="checkbox"/> Other; _____		
<input type="checkbox"/> Other; _____		

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)				
Magnification	Category	Service charge	Digital file saved on	Expected return date
<input type="checkbox"/> 20x	<input type="checkbox"/> Education	<input type="checkbox"/> Free (students/staffs)	<input type="checkbox"/> Owner Ext hard drive	
<input type="checkbox"/> 40x	<input type="checkbox"/> Research	<input type="checkbox"/> 1,000 Baht/slide	<input type="checkbox"/> Lab Ext hard drive	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Service	<input type="checkbox"/> 1,200 Baht/slide	<input type="checkbox"/> Other; _____	
	<input type="checkbox"/> Other; _____	<input type="checkbox"/> Other; _____		
<p>Note</p> <p>การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน..... <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท</p> <p>หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ</p>				

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.1.6 ใบคำขอรับบริการเผาซาก/ขยะติดเชื้อ



ใบคำขอรับบริการเผาซาก/ขยะติดเชื้อ
ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948941 Mobile 094-632641

F01 4 Rev.00/25 02 25
(ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรมกัญญา)

CASE No.
DATE

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวเสียภาษี (TAX ID)	

รายละเอียดซากสัตว์ (CARCASS SAMPLE)		รายละเอียดขยะติดเชื้อ (INFECTIOUS WASTE)	
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประเภทขยะติดเชื้อ (TYPE)	จำนวนถุง (NUMBER OF PACK)
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อติดเชื้อ (infectious tissues)	น้ำหนัก (WEIGHT)
ชนิดสัตว์ (SPECIES) <input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เข็มติดเชื้อ (infectious needle)	kg
พันธุ์ (BREED)		<input type="checkbox"/> ไซริงค์ติดเชื้อ (infectious syringe)	kg
เพศ (SEX) <input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (unknown)		<input type="checkbox"/>	
อายุ (AGE)		ขั้นตอนปฏิบัติงานกับซากก่อนกำจัด (FOR OFFICER)	
วันที่เสียชีวิต (DATE OF DEATH)	น้ำหนัก (WEIGHT) kg	<input type="checkbox"/> ผ่าซาก <input type="checkbox"/> ทำพิธีทางศาสนา <input type="checkbox"/> ทำศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี (เผาได้โดย)	
วิธีเก็บรักษาซากสัตว์ (PRESERVE) <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ธรรมดา (room temp)		กรุณาคำสั่งให้ชัดเจน!!	
สาเหตุการเสียชีวิต (CAUSE) <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อ (infectious disease)		Remark	
<input type="checkbox"/> โรคชรา (senile) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบสาเหตุ (unknown)			
<input type="checkbox"/>			

*กรุณากรอกใบนี้ด้วยตัวจริงให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความถูกต้องของเอกสารตรวจ (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)			
LABORATORY REQUEST FOR	CARCASS CONDITION	PLACE OF CARCASS	
<input type="checkbox"/> เผาซาก (Incineration) (ราคา 500/50x.....kg)	<input type="checkbox"/> ซากสด (Fresh)	<input type="checkbox"/> เก็บซากที่ห้องเผาซาก	
<input type="checkbox"/> เก็บกระดูก (Incineration and bone/ash storage) (300/350/400)	<input type="checkbox"/> ซากเน่า (Autolysis)	<input type="checkbox"/> (-20 Necropsy Hall)	
<input type="checkbox"/> ทำพิธีทางศาสนา (Cremation) วันที่ (DATE) เวลา (TIME)	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (Unknown)		
ceremony (2,000)	<input type="checkbox"/>		

Note

การชำระค่าบริการ: ค้างชำระ

เรียกเก็บที่ ผู้ส่ง เจ้าของ

เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท เลขที่ผู้รับเงิน

เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท

หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หา นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ


Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....

ส่วนสำหรับรายละเอียด
การเผาซาก

ส่วนสำหรับรายละเอียด
ขยะติดเชื้อ

2.2 ใบคำขอรับบริการตรวจทางแบคทีเรียวิทยาและราวิทยา

บริการตรวจทางแบคทีเรียวิทยา ณ ปัจจุบัน ศูนย์ฯ รับเฉพาะ VITEK2, VITEK2 Iden และ MIC

		ใบคำขอรับบริการทดสอบแบคทีเรียวิทยาและราวิทยา ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation) Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641 Line : @vvrq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th		F03-1 Rev.00/26-09-25 (ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล) CASE No. DATE Time
รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)		
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)		
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)		
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)		
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE) *กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)				
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประวัติ อาการป่วย (HISTORY/CLINICAL SIGN)		
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		ประวัติการให้ยาปฏิชีวนะ		
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> Avian <input type="checkbox"/> Aquatic <input type="checkbox"/> Canine <input type="checkbox"/> Feline <input type="checkbox"/>	ลักษณะตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE PREPARATION)	จำนวน (NO)	
พันธุ์ (BREED)		<input type="checkbox"/> Swab [Lt / Rt] <input type="checkbox"/> Wound	<input type="checkbox"/> Tissues/biopsy [Lt / Rt]	
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Swab [Lt / Rt] <input type="checkbox"/> Wound	<input type="checkbox"/> Body fluid [Lt / Rt]	
อายุ (AGE)		<input type="checkbox"/> Aspirate [Lt / Rt]	<input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> PUS <input type="checkbox"/> Blood	
คำแนะนำในการเก็บตัวอย่างเบื้องต้น		<input type="checkbox"/> Aspirate [Lt / Rt]	<input type="checkbox"/> Blood agar	
SWAB - นำส่งตัวอย่างภายใน 2 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้องหรือเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง BLOOD - เก็บ 1-5 ml นำส่งตัวอย่างภายใน 2 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้องหรือเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้องและนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง URINE - เก็บ 5-10 ml นำส่งที่ภายใน 2 ชั่วโมงหรือเก็บรักษาที่ 4°C แล้วรีบนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง		<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Midstream <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Cystocentesis	<input type="checkbox"/> Skin scraping	
LABORATORY REQUEST FOR <input type="checkbox"/> Fungal culture and identification (450) <input type="checkbox"/> Bacterial identification and drug sensitivity (450) <input type="checkbox"/> VITEK2 with MIC (950) <input type="checkbox"/> VITEK2 iden (550) <input type="checkbox"/> MIC (550)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE) <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)		
BACTERIAL IDENTIFICATION (400) <input type="checkbox"/> Actinobacillus spp. <input type="checkbox"/> Enterobacter spp. <input type="checkbox"/> Salmonella spp. <input type="checkbox"/> Aeromonas spp. <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Streptococcus spp. <input type="checkbox"/> Bordetella spp. <input type="checkbox"/> Klebsiella spp. <input type="checkbox"/> Staphylococcus spp. <input type="checkbox"/> Corynebacterium spp. <input type="checkbox"/> Pasteurella spp. <input type="checkbox"/>		DRUG SENSITIVITY (6-8 DRUGS) <input type="checkbox"/> Amikacin(AK) <input type="checkbox"/> Cephalixin(CL) <input type="checkbox"/> Doxycycline(DO) <input type="checkbox"/> Neomycin(N) <input type="checkbox"/> Polymyxin(B/PB) <input type="checkbox"/> Amoxicillin(AML) <input type="checkbox"/> Cephalothin(KF) <input type="checkbox"/> Enrofloxacin(ENR) <input type="checkbox"/> Nitrofurantoin(F) <input type="checkbox"/> Rifampicin(RD) <input type="checkbox"/> Amoxy/clav(AMC) <input type="checkbox"/> Cephalosin(KZ) <input type="checkbox"/> Erythromycin(E) <input type="checkbox"/> Norfloxacin(NOR) <input type="checkbox"/> Streptomycin(S) <input type="checkbox"/> Ampicillin(AMP) <input type="checkbox"/> Chloramphenicol(C) <input type="checkbox"/> Fosfomycin(FOS) <input type="checkbox"/> Novobiocin(NV) <input type="checkbox"/> Sulfis-Trimetoprom(SXT) <input type="checkbox"/> Bacitracin(B) <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin(CIP) <input type="checkbox"/> Gentamycin(GN) <input type="checkbox"/> Optocin(OP) <input type="checkbox"/> Tetracycline(TE) <input type="checkbox"/> Ceftazidime(CAZ) <input type="checkbox"/> Clindamycin(DA) <input type="checkbox"/> Imipenem(IPM) <input type="checkbox"/> Oxacillin(OX) <input type="checkbox"/> Tobramycin(TOB) <input type="checkbox"/> Ceftriaxone(CRO) <input type="checkbox"/> Cloxacillin(OB) <input type="checkbox"/> Kanamycin(K) <input type="checkbox"/> Oxytetracycline(OT) <input type="checkbox"/> Vancomycin(VA) <input type="checkbox"/> Ceftriaxone(CRO) <input type="checkbox"/> Colistin(CT) <input type="checkbox"/> Lincomycin(LM) <input type="checkbox"/> Penicillin(GP) <input type="checkbox"/>		
Remark				
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ				
Requested by.....Date..... Responsible clinician.....Date.....				

2.3 ใบคำขอรับบริการตรวจทางอณูชีววิทยา

F04 1 Rev.00/16 08 22



ใบคำขอรับบริการทดสอบอณูชีววิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line: @vraq8141n E-mail: vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE NO.
DATE
TIME

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)				รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)			
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)					
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)					
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)					
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)							
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TPYE)	จำนวน (NUMBER)
1							
2							
3							
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)			วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (Freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (Room temp)		

*กรณการોકใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER) MOLECULAR BIOLOGY TEST							
AVIAN	SAMPLE	BLOOD PARASITE	SAMPLE	SWINE	SAMPLE	AQUATIC ANIMAL	SAMPLE
AI cPCR (700) <input type="checkbox"/> type A <input type="checkbox"/> H5		<input type="checkbox"/> Anaplasma spp. (500) <input type="checkbox"/> Babesia spp. (500)		ASF <input type="checkbox"/> cPCR (400) <input type="checkbox"/> qPCR (800/1,000)		<input type="checkbox"/> KHV (600) <input type="checkbox"/> TiLV (700)	
IBV <input type="checkbox"/> cPCR (700) <input type="checkbox"/> qPCR (1,200)		<input type="checkbox"/> Ehrlichia canis (500)		<input type="checkbox"/> CSF (700) <input type="checkbox"/> HP-PRRSV (700)		OTHERS	SAMPLE
<input type="checkbox"/> IBDV (700)		<input type="checkbox"/> Trypanosoma evansi (500)		<input type="checkbox"/> PRRSV (800)		<input type="checkbox"/> Bird sexing (350/300)	
<input type="checkbox"/> ILT (600)		<input type="checkbox"/> Leishmania spp. (700)		<input type="checkbox"/> PCV-2 (600)		<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens toxins (700)	
		FELINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> PED (700)		<input type="checkbox"/> Leptospirosis (600)	
NDV <input type="checkbox"/> cPCR (700) <input type="checkbox"/> qPCR (1,500/2,500)		<input type="checkbox"/> FIP (800) <input type="checkbox"/> FIV (600)		EQUINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii (600) <input type="checkbox"/> Meloidosis (700)	
<input type="checkbox"/> PDD (700)		<input type="checkbox"/> FeLV (600)		AHS <input type="checkbox"/> cPCR (700) <input type="checkbox"/> qPCR (1,200)		<input type="checkbox"/> Mycobacterium spp. (600) <input type="checkbox"/> M. tuberculosis (600)	
<input type="checkbox"/> PBFVD (600)		<input type="checkbox"/> Feline panleukopenia (600)		BOVINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> Pasteurella multocida (600)	
<input type="checkbox"/> APV (600)				ELEPHANT	SAMPLE		
<input type="checkbox"/> Chlamydia psittaci (600)		<input type="checkbox"/> BLV (700)		EEHV <input type="checkbox"/> cPCR (600) <input type="checkbox"/> qPCR			
CANINE	SAMPLE	<input type="checkbox"/> BVD (700)		<input type="checkbox"/> EEHV1 (1,200) <input type="checkbox"/> EEHV4 (1,200)			
<input type="checkbox"/> CDV (700)		<input type="checkbox"/> FMDV (700)					
<input type="checkbox"/> CPV (600)		<input type="checkbox"/> LSDV (600)					
Remark:							
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../.....จำนวนเงินบาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../.....เวลา..... จำนวนเงินบาท							
หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องแนบค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ							

Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....

2.4 ใบคำขอรับบริการตรวจทางปรสิตวิทยา

F05 2 Rev.00/22 08 22



ใบคำขอรับบริการทดสอบปรสิตวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vrq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้ให้บริการกรอกข้อมูล)

CASE No.
DATE
Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)					
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)					
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)					
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล					
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล					
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล					
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)					
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)							
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TPYE)	จำนวน (NUMBER)
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)			

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
Test	<input type="checkbox"/> PCV (50) <input type="checkbox"/> Stained blood smear (100) <input type="checkbox"/> Woo's (50)
	<input type="checkbox"/> Stained blood smear + Woo's + PCV (150)
	<input type="checkbox"/> Floatation (50) <input type="checkbox"/> Sedimentation (50) <input type="checkbox"/> Mc Master egg count (100)
	<input type="checkbox"/> Centrifugal sedimentation for dog and cat (150) <input type="checkbox"/> Floatation for dog and cat (100)
	<input type="checkbox"/> Floatation test + Centrifugal sedimentation for dog and cat (200)
	<input type="checkbox"/> Parasite in meat (300)
	<input type="checkbox"/> Parasite identification (100)
Note	
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ	
<input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน	
<input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท	
หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาตรวจ	

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.5 ใบคำขอรับบริการตรวจทางซีรั่มวิทยา

F02 1 Rev.00/08 08 22



ใบคำขอรับบริการทดสอบซีรั่มวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vrg8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.
DATE
Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT) <input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>		หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)								
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	จำนวน/ประเภทตัวอย่าง (TYPE & NUMBER)		
						เลือดหลอด สีม่วง/สีเขียว (WHOLE BLOOD)	เลือดหลอดสีแดง (CLOTTED BLOOD)	ซีรั่ม (SERUM)
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> ม้า (equine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/>				

วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE) วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE) แช่เย็น (Chill) แช่แข็ง (freeze) ไม่แช่ (room temp)

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)					
LABORATORY REQUEST FOR	SAMPLE GROUPING	SEROLOGY TEST			
<input type="checkbox"/> Serology	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> ADV (ELISA) (100)	<input type="checkbox"/> PRRSV (ELISA) (250/225)	<input type="checkbox"/> MG (ELISA) (80)	<input type="checkbox"/> EIA (AGID) (400)
<input type="checkbox"/> Serum collection (20)	<input type="checkbox"/> Pool sample	<input type="checkbox"/> CSFV (ELISA) (200)	<input type="checkbox"/> IBV (ELISA) (50)	<input type="checkbox"/> ND (ELISA)** (50)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PCV-2 (ELISA) (200)	<input type="checkbox"/> IBDV (ELISA) (80)	<input type="checkbox"/> Brucellosis (RPT) (50)	<input type="checkbox"/>
RETURN SAMPLE		Remark			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Keep					
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่/..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ว่า วันที่/...../..... เวลา จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ					

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.6 ใบคำขอรับบริการตรวจทางไวรัสวิทยา

F09 1 Rev.00/29 08 22



ใบคำขอรับบริการตรวจปฏิบัติการไวรัสวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vrcq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้ที่กรอกข้อมูล)

CASE No.
DATE
Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)					
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)					
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)					
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)					
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)							
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TPYE)	จำนวน (NUMBER)
		<input type="checkbox"/> สุกร (Swine) <input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> สุกร (Swine) <input type="checkbox"/> สัตว์ปีก (avian) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/>			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)			

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)



สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)			
Tests		Virus name	
<input type="checkbox"/> HA (50)	<input type="checkbox"/> Viral titer	<input type="checkbox"/> AIV	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> HI (50)	<input type="checkbox"/> Viral isolation	<input type="checkbox"/> NDV	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Viral inoculation: SPF egg (1,500 Baht/10 samples)	<input type="checkbox"/> Virustatic test	<input type="checkbox"/> PRRSV	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Viral inoculation: Cell culture	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> LSDV	
<input type="checkbox"/> P2 Laboratory usage service (1,000)		<input type="checkbox"/> CPV	
Note			
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ			
<input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/>			
<input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน			
<input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท			
หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ			

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.7 ใบคำขอรับบริการห้องปฏิบัติการเคมีวิเคราะห์

ใบคำขอรับบริการตรวจทางคุณภาพน้ำ

กำหนดวันรับตัวอย่าง : วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.

 		แบบฟอร์มคำขอรับบริการตรวจคุณภาพน้ำ ศูนย์เวชศาสตร์ขั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation) Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641 Line: @vetq8141n E-mail: vet_diag@cmu.ac.th	F015-MD-Rev.00/01-04-26 (ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล) CASE NO. DATE TIME
รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT) <input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ		หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)			
SAMPLE TYPE	ชื่อรายการ (SAMPLE LIST)	จำนวน (No. OF SAMPLE)	
<input type="checkbox"/> Water			
<input type="checkbox"/> Tab			
<input type="checkbox"/> Ground			
<input type="checkbox"/> Pond/ <input type="checkbox"/> Aquarium			
<input type="checkbox"/> River			
<input type="checkbox"/> Waste			
<input type="checkbox"/> _____			
Water Quality Test			
<input type="checkbox"/> Chlorine (90)	<input type="checkbox"/> Package 1 (900)	<input type="checkbox"/> Package 2 (500)	
<input type="checkbox"/> Total Hardness (150)	- Chlorine (90)	- Nitrite (100)	
<input type="checkbox"/> Nitrite (100)	- Total Hardness (150)	- Alkalinity (200)	
<input type="checkbox"/> Alkalinity (200)	- Nitrite (100)	- Total ammonia (120)	
<input type="checkbox"/> Total Ammonia (120)	- Alkalinity (200)	- pH (70)	
<input type="checkbox"/> CO ₂ (150)	- Total Ammonia (120)		
<input type="checkbox"/> Salinity (100)	- CO ₂ (150)		
<input type="checkbox"/> DO (100)	- Salinity (100)		
<input type="checkbox"/> pH (70)	- DO (100)		
	- pH (70)		
Water Quality Test *			
<input type="checkbox"/> Fluoride (110)	<input type="checkbox"/> Chloride (CL-) (200)	<input type="checkbox"/> BOD (650)	<input type="checkbox"/> TSS (460)
<input type="checkbox"/> Surfide (390)			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)			
วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE) <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (Freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (Room temperature)			
กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely) *สอบถามห้องปฏิบัติการก่อนส่งตัวอย่างทุกครั้ง			
Remark			
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="checkbox"/> ผู้ส่ง <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่/..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีศูนย์เวชศาสตร์ขั้นสูงตรา วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงินบาท หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์เพื่อตรวจวิเคราะห์นอกเหนือจากรายการที่กำหนดไว้ข้างต้น จะต้องเรียกเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาตรวจวิเคราะห์ตามที่กำหนด โดยอัตราค่าบริการสำหรับรายการตรวจวิเคราะห์จะพิจารณาและแจ้งอัตราค่าบริการเป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ของหน่วยงาน			
Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....			

ใบคำขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ทางเคมี

F11 1 Rev.00/29 08 22



ใบคำขอรับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเคมี

ศูนย์วิทยาศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053 948041 Mobile 094 6362641
Line : @vraq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)		
ชื่อโครงการ (ถ้ามี)		
SAMPLE TYPE	NAME	NUMBER
<input type="checkbox"/> Feed		
<input type="checkbox"/> Feed		
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)	วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
Test	<input type="checkbox"/> HMF (1,700) <input type="checkbox"/> MDA (1,400) <input type="checkbox"/> Validation <input type="checkbox"/>
Note	
การชำระค่าบริการ:	<input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ

Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....

ใบคำขอรับบริการตรวจวิเคราะห์คุณภาพอาหารสัตว์

F07 1 Rev/00/22 08 22



ใบคำขอรับบริการตรวจปฏิบัติวิเคราะห์คุณภาพอาหารสัตว์
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vrq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		เบอร์โทรศัพท์ (TEL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		ไลน์ (ID LINE) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล		อีเมล (E-MAIL) <input type="checkbox"/> แจ้งผล	
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)			
SAMPLE TYPE	NAME	NUMBER	
<input type="checkbox"/> Feed			
<input type="checkbox"/> Feed			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)


*กรณารอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
Test	<input type="checkbox"/> Ash (300) <input type="checkbox"/> Crude fiber (400) <input type="checkbox"/> Dry matter/moisture (150) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Note	<input type="checkbox"/> Crude fat (300) <input type="checkbox"/> Crude protein (500) <input type="checkbox"/> Energy (300)
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ	

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....

2.8 ใบคำขอรับบริการตรวจทางอาหารปลอดภัย

กำหนดวันรับตัวอย่าง : วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.



 แบบฟอร์มขอรับบริการตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ		FM-FSL-701-01/04 (ส่วนของเจ้าหน้าที่ออกข้อมูล)			
ห้องปฏิบัติการความปลอดภัยทางอาหาร คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์วิทยาศาสตร์ขั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร: 053-948041, 094-6362641 แฟกซ์: 053-948041 Email: vet_diag@cmu.ac.th Line ID: @vrg8141n		Case no. D□□ - □□□□ Date: Time:			
รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)			
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)			
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)			
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)			
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)			
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)			
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)			
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)		อุณหภูมิ (°C) Temperature	น้ำหนัก (g) Weight	วันที่และเวลาเก็บตัวอย่าง Sampling Date and time	ระบุรายละเอียดของตัวอย่าง Detail of sample
<input type="checkbox"/> น้ำดื่ม <input type="checkbox"/> น้ำประปา <input type="checkbox"/> น้ำบาดาล	จำนวน ตัวอย่าง				
<input type="checkbox"/> อาหารสัตว์	จำนวน ตัวอย่าง				
<input type="checkbox"/> วัตถุดิบอาหารสัตว์	จำนวน ตัวอย่าง				
<input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อม (ระบุ).....	จำนวน ตัวอย่าง				
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	จำนวน ตัวอย่าง				
การตรวจคุณภาพน้ำทางจุลชีววิทยา (Microbiological examination of water)					
<input type="checkbox"/> Total bacteria count (TEMPO) (price 400)		<input type="checkbox"/> Coliform and <i>Escherichia coli</i> count (MPN/100 ml) (price 700)			
<input type="checkbox"/> Coliform count (MPN/100 ml) (price 400)		<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (ISO 19250) (price 500)			
<input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> count (MPN/100 ml) (price 500)		<input type="checkbox"/> Set A: Total bacteria count, Coliform, <i>Escherichia coli</i> count, <i>Salmonella</i> spp. (price 1,500)			
การตรวจคุณภาพอาหารสัตว์ และ วัตถุดิบอาหารสัตว์ (Microbiological examination of feed and feedstuffs)					
<input type="checkbox"/> Total bacteria count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Yeast & molds count (TEMPO) (price 600)			
<input type="checkbox"/> Total coliform count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Total <i>Staphylococcus aureus</i> count (TEMPO) (price 500)			
<input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Set B: Total bacteria count, Total coliform count, <i>Escherichia coli</i> count, Yeast & mold count, <i>Salmonella</i> spp. (price 2,500)			
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (ISO 6579) (price 500)					
ตรวจตัวอย่างสิ่งแวดล้อม (Microbiological examination of environment)					
<input type="checkbox"/> Total bacteria count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Yeast & molds count (TEMPO) (price 500)			
<input type="checkbox"/> Total coliform count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Total <i>Staphylococcus aureus</i> count (TEMPO) (price 500)			
<input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> count (TEMPO) (price 500)		<input type="checkbox"/> Total bacteria count, Yeast & mold count (Settle plate method) (price 150)			
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (ISO 6579) (price 500)		<input type="checkbox"/> ชุดเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม (price 25)			
ตรวจคุณภาพนมผึ้ง (Microbiological examination of honey)					
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (ISO 6579) (price 500)		<input type="checkbox"/> Total <i>Staphylococcus aureus</i> count (TEMPO) (price 500)			
<input type="checkbox"/> Yeast & molds count (TEMPO) (price 600)					
Remarks:					
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทำ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ					
Requested by Date..... Time..... Responsible clinician..... Date..... Time.....					
*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน					

2.9 ใบคำขอรับบริการตรวจเชื้อจุลินทรีย์ด้วยเครื่อง MALDI TOF MS

ผู้ขอรับบริการต้องมีการประสานงานหรือแจ้งก่อนส่งตัวอย่างล่วงหน้า เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนการตรวจวิเคราะห์เชื้อจุลินทรีย์ต่อวัน

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	
รายละเอียดการรับบริการ (MICROBIAL TEST)			
<input type="checkbox"/> การตรวจจำแนกชนิดเชื้อจุลินทรีย์ (Microbial identification) (400/100) <input type="checkbox"/> Serotyping (<i>E. coli</i> 0157 <i>E. coli</i> 026 และ <i>E. coli</i> 0111) (1,500)			
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)			
สำหรับผู้ส่งตัวอย่าง (FOR SENDER)		สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
ลำดับ (No.)	รายการ (SAMPLE LIST)	จำนวน (No. OF SAMPLE)	ลักษณะของตัวอย่าง
1			<input type="checkbox"/> ปกติ (NORMAL) <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ABNORMAL)
2			<input type="checkbox"/> ปกติ (NORMAL) <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ABNORMAL)
3			<input type="checkbox"/> ปกติ (NORMAL) <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ABNORMAL)
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)			
วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)		<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (Freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (Room temperature)	
ภาพถ่ายตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE PHOTOGRAPH)			
ทัศนคติเห็นของผู้รับตัวอย่าง (OFFICER REMARK) <input type="checkbox"/> เห็นควรรับตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ไม่เห็นควรรับตัวอย่าง เนื่องจาก			
Other Remarks:			
หมายเหตุ: การตรวจวิเคราะห์เพื่อจำแนกชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ อาจให้ผลการทดสอบที่ไม่สามารถระบุชนิดของเชื้อได้ (Unidentified Result) ซึ่งผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวเป็นอย่างดี และยังคงประสงค์ที่จะส่งตัวอย่างเพื่อรับบริการนี้ โดยยินยอมรับผลการทดสอบที่อาจเกิดขึ้นทุกกรณี <div style="text-align: right;">ลงชื่อ ผู้รับบริการ</div>			
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="checkbox"/> ผู้ส่ง <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่/...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงตรา วันที่/...../..... เวลา จำนวนเงิน บาท			
หมายเหตุ: กรณีที่ผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์เพื่อตรวจวิเคราะห์นอกเหนือจากรายการที่กำหนดไว้ข้างต้น จะต้องเรียกเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาตรวจวิเคราะห์ตามที่กำหนด โดยอัตราค่าบริการสำหรับรายการตรวจวิเคราะห์จะพิจารณาและแจ้งอัตราค่าบริการเป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ของหน่วยงาน			
Requested by..... Date..... Responsible clinician..... Date.....			

2.10 ใบคำขอรับงานบริการอัญมณี

คณะสัตวแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ใบคำขอรับบริการงานจากความรักอัญมณี

ศูนย์เวชศาสตร์ชันสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : gvm8141n E-mail: vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนขอเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล)

CASE No.

DATE

Time

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	

รายละเอียดสัตว์ (ANIMAL SAMPLE DETAIL)				
ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)		ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TYPE)	จำนวน (NUMBER)	น้ำหนัก (WEIGHT)
หมายเลขสัตว์ (ANIMAL ID/OPD)		<input type="checkbox"/> ซากสัตว์ (carcass)		kg
ชนิดสัตว์ (SPECIES)	<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> กระดูกสัตว์ (bone)		10 g
พันธุ์ (BREED)		<input type="checkbox"/> ขนสัตว์ (hair/feather)		10 g
เพศ (SEX)	<input type="checkbox"/> เพศผู้ (male) <input type="checkbox"/> เพศเมีย (female) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (unknown) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
อายุ (AGE)		งานบริการจากความรักอัญมณี (Diamond of the memory)		
วันที่เสียชีวิต (DATE OF DEATH)		ขนาด (size)	รูปทรง (cutting)	เครื่องประดับ (Accessories)
วิธีเก็บรักษาซากสัตว์ (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม้แช่ (room temp)	<input type="checkbox"/> <1 carat (4,700) <input type="checkbox"/> 1 carat 6.4 mm (5,800)	<input type="checkbox"/> กลม (round) <input type="checkbox"/> ไข่ (oval)	<input type="checkbox"/> แหวน (ring) รหัส (code).....
สาเหตุการเสียชีวิต (CAUSE)	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อ (infectious disease) <input type="checkbox"/> โรคชรา (senile) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบสาเหตุ (unknown) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 carat 8.1 mm (6,800) <input type="checkbox"/> 3 carat 9.3 mm (7,900)	<input type="checkbox"/> สี่เหลี่ยม (princess) <input type="checkbox"/> สี่เหลี่ยมรี (emerald)	<input type="checkbox"/> สร้อยคอ (necklace) รหัส (code).....
		<input type="checkbox"/> 4 carat 10.2 mm (9,000) <input type="checkbox"/> 5 carat 11.0 mm (10,100)	<input type="checkbox"/> ทรงหมอน (cushion) <input type="checkbox"/> ทรงมาร์ควีส์ (marquise)	<input type="checkbox"/> ต่างหู (earring) รหัส (code).....
		สี (color)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	ราคา

*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)				
LABORATORY REQUEST FOR		CARCASS CONDITION		PLACE OF CARCASS
<input type="checkbox"/> เผาซาก (Incineration) (ราคา 400/40x.....kg)		<input type="checkbox"/> ซากสด (Fresh)		<input type="checkbox"/> เก็บซากที่ห้องฆ่าซาก
<input type="checkbox"/> เก็บกระดูก (Incineration and bone/ash storage) (200)		<input type="checkbox"/> ซากเน่า (Autolytic)		(-20 Necropsy Hall)
<input type="checkbox"/> ทำพิธีทางศาสนา (Cremation ceremony) (2,000)	วันที่ (DATE)	เวลา (TIME)	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (Unknown)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ทำอัญมณี (Diamond of memory)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note				
การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียบจบที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน, <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทำ นอกเหนือจากการชำระข้างต้น จะต้องแนบค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากการค่าตรวจ				
Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....				

ภาพที่ 17 ภาพใบคำขอรับงานบริการอัญมณี

เอกสารแนบ 3

ระยะเวลาการออกรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ห้องปฏิบัติการ	รายการตรวจ	ระยะเวลาการตอบรายงานผล
พยาธิวิทยา	Histopathology	5 วัน
	Histopathology Recut	กำหนดตามการพูดคุยกับผู้ส่ง*
	Histopathology Research Recut	กำหนดตามการพูดคุยกับผู้ส่ง*
	Biopsy	5 วัน
	Cytology	3 วัน
	Necropsy	10 วัน
แบคทีเรียวิทยา	Vitek2	3 วัน
	Vitek2 identification	
ราวิทยา	-	14 วัน
อณูชีววิทยา	-	3 วัน
ปรสิตวิทยา	-	3 วัน
ซีรัมวิทยา	-	3 วัน
ไวรัสวิทยา	-	10 วัน
ห้องปฏิบัติการ	รายการตรวจ	ระยะเวลาการตอบรายงานผล
คุณภาพน้ำ	-	3 วัน
วิเคราะห์ทางเคมี	Feed analysis	7 วัน*
	Chemical analysis	15-20 วัน
อาหารปลอดภัย	-	7 วัน
MALDI TOF/TOF MS	-	ขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง*

*สอบถามห้องปฏิบัติการก่อนส่งตัวอย่างทุกครั้ง

หมายเหตุ 1. วันทำการ คือ ไม่นับวันเสาร์ อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ราชการ

2. การนับระยะเวลาการออกรายงานผล ให้นับตั้งแต่วันทำการถัดไปหลังจากวันที่รับส่งตรวจเรียบร้อยแล้ว



ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง กำหนดประเภทรายรับ รายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย
ฉบับที่ ร 1/2569 (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์)

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ และบรรลุผลสัมฤทธิ์ด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการให้บริการตรวจทางพยาธิวิทยาและบริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์ และให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานตามทักษะวิชาชีพเฉพาะ ตลอดจนสอดคล้องกับภาวะการณ์ในปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2551 ประกอบกับข้อ 11 (2) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารการเงิน พ.ศ.2567 และโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการบริหารประจำคณะสัตวแพทยศาสตร์ ในคราวประชุม ครั้งที่ 17/2568 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2568 จึงกำหนดออกประกาศกำหนดประเภทรายรับ รายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์) ดังนี้

1. ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่อง กำหนดประเภทรายรับ รายการและเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรโรคส์ตว์และนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์)”

2. ให้ยกเลิกประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องกำหนดประเภทรายรับ รายการ และเงื่อนไขการรับเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย

2.1 ฉบับที่ ร 5/2565 (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์ชั้นสูตรโรคส์ตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี โรงพยาบาลสัตว์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 และบัญชีแนบท้าย

2.2 ฉบับที่ ร 2/2566 (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์ชั้นสูตรโรคส์ตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี โรงพยาบาลสัตว์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 และบัญชีแนบท้าย

2.3 ฉบับที่ ร 1/2568 (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568 และบัญชีแนบท้าย

2.4 ฉบับที่ ร 3/2568 (อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์) ฉบับที่ 4 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 และบัญชีแนบท้าย

3. กำหนดอัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูตรและนวัตกรรมการด้านสุขภาพสัตว์ ตามประเภทการให้บริการ ดังนี้

3.1 ค่าบริการการตรวจทางพยาธิวิทยา ตามบัญชีหมายเลข 1 ท้ายประกาศนี้

3.2 ค่าบริการตรวจทางแบคทีเรียวิทยา ตามบัญชีหมายเลข 2 ท้ายประกาศนี้

3.3 ค่าบริการตรวจทางอณูชีววิทยา ตามบัญชีหมายเลข 3 ท้ายประกาศนี้

3.4 ค่าบริการตรวจทางชีรั่มวิทยา ตามบัญชีหมายเลข 4 ท้ายประกาศนี้

3.5 ค่าบริการตรวจทางปรสิตวิทยา ตามบัญชีหมายเลข 5 ท้ายประกาศนี้

3.6 ค่าบริการตรวจทางไวรัสวิทยา ตามบัญชีหมายเลข 6 ท้ายประกาศนี้

/3.7 ค่าบริการตรวจ....

- 3.7 ค่าบริการตรวจทางเคมีวิเคราะห์ ตามบัญชีหมายเลข 7 ท้ายประกาศนี้
 - 3.8 ค่าบริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ตามบัญชีหมายเลข 8 ท้ายประกาศนี้
 - 3.9 ค่าบริการตรวจจำแนกชนิดเชื้อจุลินทรีย์ด้วยเทคนิคแมสสเปกโตรมิเตอร์ (MALDI TOF/TOF Mass Spectrometer) ตามบัญชีหมายเลข 9 ท้ายประกาศนี้
 - 3.10 ค่าบริการทางห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์อาหารปลอดภัย ตามบัญชีหมายเลข 10 ท้ายประกาศนี้
 - 3.11 ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางเคมีวิเคราะห์ (คุณภาพน้ำ) ตามบัญชีหมายเลข 11 ท้ายประกาศนี้
 - 3.12 ค่าบริการจ้างเหมา ตามบัญชีหมายเลข 12 ท้ายประกาศนี้
4. ระยะเวลาการตรวจคิดตามวันทำการ ไม่รวมวันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ วันหยุดของคณะสัตวแพทยศาสตร์ และวันหยุดของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 5. ระยะเวลาที่ดำเนินการทดสอบเป็นระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ ไม่รวมเวลาการรับ – ส่ง การจัดพิมพ์รายงาน ผลวิเคราะห์และการอนุมัติออกรายงานผล และไม่รวมในกรณีตัวอย่างมีปัญหาไม่ว่าจะขั้นตอนใดของการวิเคราะห์และการสะสมของตัวอย่างที่รอตามลำดับหรือเครื่องมือชำรุด
 6. ในการพิจารณาค่าธรรมเนียมอัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2569



(ศาสตราจารย์ (เชี่ยวชาญพิเศษ) ดร.นายสัตวแพทย์ กรกฎ งานวงศ์พาณิชย์)
คณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์

อัตราอัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ชนิดของ บริการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	ค่าบริการ (บาท)
1. การตรวจทางพยาธิวิทยา					
1.1	การผ่าชั้นสุตรซาก				
1.1.1	สุนัข แมว สัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนขนาดเล็ก และปลา (สัตว์เลี้ยง)	น้ำหนัก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,000
		น้ำหนัก 10.1-30 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,200
		น้ำหนัก 30.1-50 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,400
		น้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,600
1.1.2	สัตว์เลี้ยงชนิดพิเศษ (Exotic)	น้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,000
		น้ำหนัก 0.6-10 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,200
		น้ำหนัก 10.1-30 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,400
		น้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,600
1.1.3	สัตว์เลี้ยงขนาดใหญ่ โค กระบือ สัตว์ป่า ม้า ฯลฯ	น้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,000
		น้ำหนัก 10.1 - 30 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 1,500
		น้ำหนัก 30.1 - 50 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิวิทยา	1/10* 2,000

รายการ	ชนิดของ บริการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	ค่าบริการ (บาท)
การผ่าชั้นสุตรซาก (ต่อ)					
1.1.3	สัตว์เลี้ยงขนาดใหญ่ โค กระบือ สัตว์ป่า ม้า ฯลฯ (ต่อ)	น้ำหนัก 50.1- 100 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 3,000
		น้ำหนัก มากกว่า 100 กิโลกรัม	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 4,000
1.1.4	สัตว์น้ำ สัตว์สะเทินน้ำ สะเทิน บก (ปศุสัตว์) (จำนวน 3-5 ตัว)	-	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 1,000
1.1.5	สัตว์ปีก (ปศุสัตว์) (จำนวน 3-5 ตัว)	-	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 1,000
1.1.6	สุกร (ลูกสุกร 3-5 ตัว)	-	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 1,500
1.1.7	สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็ก (ปศุสัตว์)	-	สัตว์ป่วย / ซากสัตว์	ผ่าซาก / จุลพยาธิ วิทยา	1/10* 1,000
1.1.8	ค่าเย็บร่างหลังการผ่าซาก (สุนัข แมว สัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนขนาด เล็ก)	น้ำหนัก 0.1-10 กิโลกรัม			เริ่มต้นที่ 700
		น้ำหนัก 11-30 กิโลกรัม			เริ่มต้นที่ 700
		น้ำหนัก 31-50 กิโลกรัม			เริ่มต้นที่ 700
1.1.9	ค่าบริการนอกสถานที่ในการ ชั้นสุตรซาก (ไม่รวมค่าผ่าซาก ค่าทำลายซากและค่าเดินทาง)				เริ่มต้นที่ 1,000
1.2	การทำสไลด์ถาวรทางจุลพยาธิวิทยา				
1.2.1	-	ทำสไลด์และ ตรวจชิ้นเนื้อ ทางจุลพยาธิ วิทยา	ชิ้นเนื้อใน 10% buffered formalin	จุลพยาธิ วิทยา	5 350
1.2.2	-	ตรวจเซลล์ วินิจฉัย	FNA, biological fluid, smear slide	เซลล์วินิจฉัย	3 250

รายการ	ชนิดของ บริการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	ค่าบริการ (บาท)
การผ่าชั้นสูตรซาก (ต่อ)					
การทำสไลด์ถาวรทางจุลพยาธิวิทยา (ต่อ)					
1.2.3	-	ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี H&E	ชิ้นเนื้อใน 10% buffered formalin, ชิ้น เนื้อใน พาราฟิน บล็อก	-	4 180
1.2.4	-	ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี Gram stain	ชิ้นเนื้อใน พาราฟิน บล็อก	-	4 100
1.2.5	-	ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี PAS	ชิ้นเนื้อใน พาราฟิน บล็อก	-	4 200
1.2.6	-	ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี Masson Trichrome	ชิ้นเนื้อใน พาราฟิน บล็อก	-	4 150
1.2.7	-	ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี Acid fast stain	ชิ้นเนื้อใน พาราฟิน บล็อก	-	4 100
1.2.8	-	ค่า Buffer formalin 10%	-	-	50/L
1.2.9	-	กล่องใส่สไลด์ ความจุ 25 แผ่น	-	-	100
1.2.10	-	กล่องใส่สไลด์ ความจุ 100 แผ่น	-	-	250
1.2.11	วิจัย	การแปลผลจุล พยาธิ ทำสไลด์ถาวร ทางจุลพยาธิ วิทยา พร้อม ย้อมสี H&E	อวัยวะ สไลด์ ชิ้นเนื้อใน 10% buffered formalin, ชิ้นเนื้อ ในพาราฟินบล็อก	- - -	ตามข้อตกลงที่ เกิดขึ้นระหว่าง นักวิจัยและ พยาธิสัตว แพทย์ 100 150** 180

รายการ	ชนิดของ บริการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	ค่าบริการ (บาท)	
1.3	การทำลายซาก					
1.3.1	-	ซากสัตว์ น้ำหนักน้อย กว่า 10 กิโลกรัม (เหมาะจ่าย)	ซากสัตว์	เผา	-	500
1.3.2	-	ซากสัตว์ น้ำหนัก มากกว่า 10 กิโลกรัม (ราคา ต่อกิโลกรัม)	ซากสัตว์	เผา	-	50
1.4	ค่าบริการเก็บเถ้ากระดูก					
1.4.1	-	น้ำหนักน้อย กว่า 15 กิโลกรัม	ซากสัตว์	-	7	300
1.4.2	-	น้ำหนัก 16-30 กิโลกรัม	ซากสัตว์	-	7	350
1.4.3	-	น้ำหนัก มากกว่า 31 กิโลกรัม	ซากสัตว์	-	7	400
1.4.4	-	ค่าบริการการ ฌาปนกิจ พร้อมพิธีกรรม ทางศาสนา	ซากสัตว์	-	-	2,000

หมายเหตุ : * รายงานผลผ่าชันสูตรซากด้วยวาจาโดยพยาธิสัตวแพทย์ ภายใน 1 วันทำการ ส่วนการรายงานผลอย่างเป็นทางการ (รวมผลทางจุลพยาธิวิทยา) จะดำเนินการส่งภายใน 10 วันทำการ

** จำกัดจำนวนอวัยวะต่อสไลด์ในกรณีที่เป็นสัตว์ขนาดเล็ก เช่น ปลา โดยการประเมินจำนวนอวัยวะต่อสไลด์ขึ้นอยู่กับพยาธิสัตวแพทย์

***จำนวนสไลด์มาตรฐานที่ 5 สไลด์ (หากต้องการทำสไลด์เพิ่ม คิดสไลด์ละ 150 บาท)

**** โปรดติดต่อก่อนปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

**อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
2. ค่าบริการตรวจทางแบคทีเรียวิทยา				
2.1 การตรวจวิเคราะห์เชื้อแบคทีเรีย				
- การเพาะแยกเชื้อแบคทีเรียชนิดใช้ออกซิเจน ทั่วไป	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Conventional method	5 - 7 วัน	400
- การเพาะแยกเชื้อแบคทีเรียชนิดใช้ออกซิเจน ทั่วไป (กรณีไม่พบเชื้อแบคทีเรีย)	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Conventional method	5 - 7 วัน	250
- การตรวจหาความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ	เชื้อแบคทีเรีย	Disk diffusion	5 - 7 วัน	300
- เพาะแยกเชื้อพร้อมหาความไวของเชื้อต่อ ยาปฏิชีวนะ	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Conventional method	5 - 7 วัน	450
- การเพาะแยกเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ใช้ ออกซิเจน	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Gas pack system	*	1,300
2.2 การตรวจวิเคราะห์เชื้อแบคทีเรียด้วยเครื่อง Vitek 2				
- การเพาะแยกเชื้อแบคทีเรียชนิดใช้ ออกซิเจนทั่วไป ด้วยเครื่อง Vitek 2	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Automated	4 - 5 วัน	550
- การตรวจหาความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ ด้วยเครื่อง Vitek 2	เชื้อแบคทีเรีย	Automated	3 วัน	550
- เพาะแยกเชื้อพร้อมหาความไวของเชื้อต่อ ยาปฏิชีวนะด้วยเครื่อง Vitek 2	Swab, fluid, urine อวัยวะต่าง ๆ	Automated	4 - 5 วัน	950
2.3 การตรวจวิเคราะห์เชื้อรา				
- การเพาะแยกเชื้อรา	Skin scrapping, Swab, อวัยวะต่าง ๆ	Conventional method	7 - 14 วัน	450
- การเพาะแยกเชื้อราและการตรวจหาความไว ของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ	Skin scrapping, Swab, อวัยวะต่าง ๆ	Automated	14 - 21 วัน	2,500

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
3. การตรวจทางอณูชีววิทยา				
3.1 โรคพยาธิในเม็ดเลือด				
- <i>Babesia</i> spp.	เลือด	PCR	3 วัน	500
- <i>Ehrlichia canis</i>	เลือด	PCR	3 วัน	500
- <i>Leishmania</i> spp.	เลือด	PCR	3 วัน	700
- <i>Theileria</i> spp.	เลือด	PCR	3 วัน	500
- <i>Trypanosoma evansi</i>	เลือด	PCR	3 วัน	500
3.2 โรคในสุนัข				
- Canine distemper virus	Nasal หรือ rectal swab, เลือด, เสมอ, ปอด	RT-PCR	3 วัน	700
- Canine parvovirus	Rectal swab, ลำไส้	PCR	3 วัน	600
3.3 โรคในแมว				
- Feline immunodeficiency virus (FIV)	เลือด	PCR	3 วัน	600
- Feline infectious peritonitis virus (FIPV)	เลือด, น้ำในช่อง ท้อง	Nested RT- PCR	3 วัน	800
- Feline leukemia virus (FeLV)	เลือด	PCR	3 วัน	600
- Feline parvovirus, feline distemper virus	Rectal swab, ลำไส้	PCR	3 วัน	600
3.4 โรคในสุกร				
- African swine fever virus (ASFV)	เลือด, ม้าม	PCR	3 วัน	400
- African swine fever virus (ASFV)				
มากกว่า 3 ตัวอย่าง	เลือด, ม้าม	Real time PCR	1 วัน	800
น้อยกว่า 3 ตัวอย่าง				1,000
- Classical swine fever virus (CSFV)	ซีรัม, ต่อม น้ำเหลือง, ไต	RT-PCR	3 วัน	700
- Porcine circovirus type 2 (PCV-2)	เลือด, ต่อม น้ำเหลือง	PCR	3 วัน	600
- Porcine epidemic diarrhea virus (PEDV)	ลำไส้เล็ก	RT-PCR	3 วัน	700
- Porcine reproductive and respiratory syndrome (PRRS) subtype	ซีรัม, ปอด, ต่อม น้ำเหลือง	Nested RT- PCR	3 วัน	800
- Porcine reproductive and respiratory syndrome (PRRS) –highly pathogenic	ซีรัม, ปอด, ต่อม น้ำเหลือง	RT-PCR	3 วัน	700

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
3.5 โรคในสัตว์ปีก				
- Avian influenza type A	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	RT-PCR	3 วัน	700
- Avian influenza type A	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	Real time PCR	1 วัน	1,200
- Avian influenza subtype H5	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	RT-PCR	3 วัน	700
- Avian influenza subtype H5	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	Real time PCR	1 วัน	1,200
- Avian influenza subtype H7	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	RT-PCR	3 วัน	700
- Avian influenza subtype H7	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	Real time PCR	1 วัน	1,200
- Avian influenza subtype H9	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	RT-PCR	3 วัน	700
- Avian influenza subtype H9	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	Real time PCR	1 วัน	1,200
- Chlamydia psittaci	ปอด, ตับ, cloacal swab	PCR	3 วัน	600
- Infectious bronchitis virus (IBV)	ปอด, ไต, choanal หรือ cloacal swab	RT-PCR	3 วัน	700
- Infectious bursal disease virus (IBDV)	ต่อมเบออร์ซ่า	RT-PCR	3 วัน	700
- Infectious laryngotracheitis virus (ILT)	หลอดลม	PCR	3 วัน	600
- Newcastle disease virus (NDV)	ซีรัม, ปอด	PCR	3 วัน	700
- Newcastle disease virus (NDV)	,choana and cloacal swab	Real time PCR	1 วัน	1,200
- <i>Mycoplasma gallinarum</i> (MG)	Choanal swab, ปอด	PCR	3 วัน	600
- Proventricular dilatation disease (PDD)	สมอง, เลือด	RT-PCR	3 วัน	700

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
3.5 โรคในสัตว์ปีก (ต่อ)				
- Psittacine beak and feather disease virus (PBFDV)	ขน,เลือด	PCR	3 วัน	600
3.6 โรคในช้าง				
- Elephant endotheliotropic herpesvirus (EEHV) screening test	เลือด,trunk swab, อวัยวะต่าง ๆ	PCR	3 วัน	600
- Elephant endotheliotropic herpesvirus (EEHV) type 1	เลือด,trunk swab, อวัยวะต่าง ๆ	PCR	3 วัน	600
- Elephant endotheliotropic herpesvirus (EEHV) type 1	เลือด,trunk swab, อวัยวะต่าง ๆ	Real time PCR	1 วัน	1,200
- Elephant endotheliotropic herpesvirus (EEHV) type 4	เลือด,trunk swab, อวัยวะต่าง ๆ	PCR	3 วัน	600
- Elephant endotheliotropic herpesvirus (EEHV) type 4	เลือด,trunk swab, อวัยวะต่าง ๆ	Real time PCR	1 วัน	1,200
3.7 โรคในโค-กระบือ				
- Bovine leukemia virus (BLV)	เลือด	RT-PCR	3 วัน	700
- Bovine viral diarrhea (BVDV)	เลือด	RT-PCR	3 วัน	700
- Foot and mouth disease virus (FMDV)	เลือด, ม้าม, น้ำนม	RT-PCR	3 วัน	700
- Lumpy skin disease (LSDV)	เลือด	PCR	3 วัน	600
- Melioidosis	เลือด, ม้าม, ตับ, ต่อม้ำเหลือง	Semi-nested PCR	3 วัน	700
- <i>Mycobacterium</i> spp.	ปอด,ต่อมน้ำเหลือง	PCR	3 วัน	600
- <i>Mycobacterium avium</i>	ปอด,ต่อมน้ำเหลือง, ลำไส้	PCR	3 วัน	600
- <i>Mycobacterium bovis</i>	ปอด,ต่อมน้ำเหลือง	PCR	3 วัน	600
- <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	ปอด,ต่อมน้ำเหลือง	PCR	3 วัน	600
- <i>Pasteurella multocida</i>	เลือด,ต่อมน้ำเหลือง,ปอด	PCR	3 วัน	600
3.8 โรคในม้า				
- African horse sickness (AHSV)	เลือด	RT-PCR	3 วัน	700
- Equine herpesvirus (EHV-1 / EHV-4)	เลือด,oral or nasal swab, อวัยวะต่าง ๆ	Multiplex PCR	3 วัน	700

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
3.9 อื่น ๆ				
- Bird sexing	เลือด,ขน,หยด เลือดใน กระดาก	PCR	3 วัน	350
- Bird sexing (20 ตัวอย่างขึ้นไป)	เลือด,ขน,หยด เลือดใน กระดาก	PCR	3 วัน	300
- Carp edema virus (CEV)	เหงือก	PCR	3 วัน	600
- <i>Clostridium perfringens</i> toxins	เลือด,อวัยวะ ต่าง ๆ	Multiplex PCR	3 วัน	700
- Koi Herpes virus (KHV)	เหงือก	PCR	3 วัน	600
- Leptospirosis	เลือด,ปัสสาวะ	Multiplex PCR	3 วัน	600
- Tilapia lake virus (TILV)	ตับ	RT-PCR	3 วัน	700
- Toxoplasmosis	เลือด,หัวใจ, สมอง	PCR	3 วัน	600

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
4. ค่าบริการตรวจทางซีรัมวิทยา				
4.1 โรคในสุกร				
- Aujeszky's disease (AD)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	100
- Classical swine fever (CSF)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	200
- Classical swine fever (CSF)	ซีรัม	NPLA	5 วัน	250
- Porcine circovirus type (PVC-2)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	200
- Porcine reproductive and Respiratory syndrome (PRRS) มากกว่า 20 ตัวอย่าง	ซีรัม	ELISA	3 วัน	220
- Porcine reproductive and Respiratory syndrome (PRRS) น้อยกว่า 20 ตัวอย่าง	ซีรัม	ELISA	3 วัน	250
4.2 โรคในสัตว์ปีก				
- Avian influenza (H5)	ซีรัม	HI	3 วัน	50
- Avian influenza (H7)	ซีรัม	HI	3 วัน	50
- Avian influenza (H9)	ซีรัม	HI	5 วัน	50
- Infectious bronchitis (IB)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	50
- Infectious bronchitis virus (IBV)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	70
- Infectious bursal disease (IBD)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	80
- Mycoplasma gallisepticum (MG)	ซีรัม	ELISA	3 วัน	80
- Mycoplasma gallisepticum (MG)	ซีรัม	Rapid plate test	3 วัน	60
- Newcastle disease (ND)	ซีรัม	HI	3 วัน	50
4.3 โรคในกระบือ				
- Brucellosis	ซีรัม	Rapid plate test	3 วัน	50
4.4 โรคในม้า				
- Equine infectious anemia (EIA)	ซีรัม	Agglutination test	3 วัน	400
4.5 อื่น ๆ				
- การปั่นแยกซีรัม	ซีรัม	-	3 วัน	20

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
5. การตรวจทางปรสิตวิทยา				
5.1 การตรวจหาพยาธิในเม็ดเลือด	เลือดในสารกัน การแข็งตัวของ เลือด	PCV	3 วัน	50
		Stained blood smear	3 วัน	100
		Woo's method	3 วัน	50
		Package	3 วัน	150
5.2 การตรวจหาพยาธิในอุจจาระ	อุจจาระอย่าง น้อย 20 กรัม	Flotation & Sedimentation	3 วัน	100
		McMaster technic	3 วัน	100
5.3 การตรวจหาพยาธิในอุจจาระสำหรับสุนัขและแมว	อุจจาระอย่าง น้อย 20 กรัม	Centrifugal sedimentation test for dog & cat	3 วัน	150
		Flotation test for dog & cat	3 วัน	100
		Package : Flotation and sedimentation	3 วัน	200
5.4 การจำแนกชนิดพยาธิ	พยาธิแช่ใน 70% alcohol	Parasite Identification	3 วัน	100
5.5 การตรวจหาพยาธิในเนื้อสัตว์	เนื้อสัตว์อย่าง 100 กรัม (กระ บั้งลม, หัวใจ)	Digestion method	3 วัน	300

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
6. การตรวจทางไวรัสวิทยา				
6.1 Viral isolation*	ชิ้นเนื้อที่พบ รอยโรค หรือที่ มีความจำเพาะ ต่อเชื้อไวรัสที่ ต้องการ	Virus isolation	10 วัน	1,500
6.2 การทดสอบประสิทธิภาพของน้ำยาฆ่าเชื้อ ต่อเชื้อไวรัส	*	*	*	3,500

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
7. การตรวจทางเคมีวิเคราะห์				
7.1 การตรวจวิเคราะห์ Malondialdehyde (MDA)	ซีรัม, ชิ้นเนื้อ	HPLC	*	1,700
7.2 การตรวจวิเคราะห์ Hydroxymethylfurfural (HMF) ในน้ำผึ้ง	น้ำผึ้ง	HPLC	*	1,400

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์/ เพิ่มเติม	รุ่น / รายละเอียด	อัตราค่าบริการ (บาท)					
			หน่วยงานภายใน			หน่วยงานภายนอก		
			ชั่วโมง	ครึ่งวัน	เต็มวัน	ชั่วโมง	ครึ่งวัน	เต็มวัน
8. ค่าบริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์								
8.1	ชุดรัน Agarose gel electrophoresis	เครื่องถ่ายภาพเจล ชุด รันเจล	100	300	600	200	600	1,200
8.2	เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม (Thermocycler)	T100 Thermal Cycler, Bio-Rad	150	450	900	300	900	1,800
8.3	เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมเสมือนจริง	CFX96 Touch System	300	900	1,800	600	1,800	3,600
8.4	กล้องจุลทรรศน์ชนิด 3 กระบอกตาถ่ายภาพได้	-	250	750	1,500	500	1,500	3,000
8.5	กล้องจุลทรรศน์แบบหัวกลับ	Inverted microscope	1,000	3,000	6,000	2,000	6,000	12,000
8.6	กล้องจุลทรรศน์แสงฟลูออเรสเซนซ์	-	250	750	1,500	500	1,500	3,000
8.7	เครื่องวัดการดูดกลืนแสง	UV-visible spectrophotometer	150	450	900	300	900	1,800
8.8	เครื่องวัดค่าการดูดกลืนแสงแบบหยด	Nanodrop spectrophotometer	50	150	300	100	300	600
8.9	เครื่องปั่นเหวี่ยงแบบควบคุมอุณหภูมิ	Refrigerated centrifuge	100	300	600	200	600	1,200
8.10	เครื่องปั่นเหวี่ยงความเร็วสูงแบบยิงขวด	Ultracentrifuge	250	750	1,500	500	1,500	3,000
8.11	เครื่องอ่านปฏิกิริยาบนไมโครเพลท	Microplate reader	150	450	900	300	900	1,800
8.12	ตู้ดูดไอสารเคมี	Fume hood	50	150	300	100	300	600
8.13	ตู้ปลอดเชื้อ BSC	Biological Safety Cabinet class II	50	150	300	100	300	600
8.14	ตู้ปลอดเชื้อเป่าลมชนิดแนวนอน	Laminar flow	50	150	300	100	300	600
8.15	ตู้อบเชื้อ	Incubator	50	150	300	100	300	600
8.16	ตู้อบเชื้อแบบใช้คาร์บอนไดออกไซด์	CO2 incubator	50	150	300	100	300	600
8.17	ตู้อบเชื้อแบบเขย่า	Incubator shaker	50	150	300	100	300	600
8.18	ตู้อบลมร้อน	Hot air oven	50	150	300	100	300	600
8.19	เครื่องตีปั่น	Stomacher	50	150	300	100	300	600

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์/ เพิ่มเติม	รุ่น / รายละเอียด	อัตราค่าบริการ (บาท)					
			หน่วยงานภายใน			หน่วยงานภายนอก		
			ชั่วโมง	ครึ่งวัน	เต็มวัน	ชั่วโมง	ครึ่งวัน	เต็มวัน
8.20	เตาเผาตัวอย่างเป็นถ้ำเพื่อการวิเคราะห์	Muffle furnace	100	300	600	200	600	1,200
8.21	ชุดวิเคราะห์ปริมาณไขมันในอาหาร	Fat extractor set	150	450	900	300	900	1,800
8.22	เครื่องวิเคราะห์เยื่อใยอาหาร	Fiber extractor	150	450	900	300	900	1,800
8.23	เครื่องมือวัดลักษณะเนื้อสัมผัสของอาหาร	Texture analyzer	100	300	600	200	600	1,200
8.24	เครื่องมือวัดค่าวอเตอร์แอกติวิตีของอาหาร	Water activity meter	100	300	600	200	600	1,200
8.25	เครื่องวัดความขุ่นของแบคทีเรีย	Turbidity meter	100	300	600	200	600	1,200
8.26	เครื่องปั่นหาเปอร์เซ็นต์ของเม็ดเลือด	Hematocrit centrifuge	50	150	300	100	300	600
8.27	เครื่องตีบดอาหาร	Hammer mill	100	300	600	200	600	1,200
8.28	เครื่อง Bomb Calorimeter	-	300	1,500	3,000	600	1,800	3,600
8.29	เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนที่ละลายน้ำ	Dissolved oxygen meter	50	150	300	100	300	600
8.30	เครื่องวัดความเค็ม	Salinity tester	50	150	300	100	300	600
8.31	เครื่องฉีดฟอร์มาลินเข้าหลอดเลือด	Formalin injector	50	150	300	100	300	600
8.32	เครื่องทำแห้งด้วยความเย็น	Lyophilizer	300	1,500	3,000	600	3,000	6,000
8.33	เครื่องตรวจหาความเข้มข้นของสารละลาย	Osmometer	50	150	300	100	300	600
8.34	เครื่องเตรียมชิ้นเนื้ออัตโนมัติ	Automatic tissue processor	200	600	1,200	400	1,200	2,400
8.35	เครื่องโครมาโตกราฟีเหลวความดันสูง	HPLC	500	1,500	3,000	1,000	3,000	6,000
8.36	ชุดเครื่องฟ้นสร้างชุดทดสอบสำเร็จรูป	lateral flow test	700	2,100	4,200	1,400	4,200	4,800
8.37	เครื่องดมยาสลบ	Anesthetic gas monitoring	200	600	1,200	400	1,200	2,400
8.38	ห้องปฏิบัติการชีววิทยาระดับ 2+	รวมเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่มีอยู่ในห้องปฏิบัติการ	2,500	7,500	15,000	5,000	15,000	30,000
8.39	เครื่องอ่านปฏิกิริยาบนไมโครเพลทแบบหลายโหมด	SpectraMax	150	450	900	300	900	1,800
8.40	เครื่องวัดการดูดกลืนแสง	SPECORD	150	450	900	300	900	1,800

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
9. ค่าบริการตรวจจำแนกชนิดเชื้อจุลินทรีย์ด้วยเทคนิคแมสสเปกโตรมิเตอร์ (MALDI TOF/TOF Mass Spectrometer)				
- ตรวจจำแนกชนิดของเชื้อจุลินทรีย์	เชื้อจุลินทรีย์	เทคนิคแมสสเปกโตรมิเตอร์	ขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง*	ตัวอย่างแรก 400 ตัวอย่างถัดไป 100
- การบริการ Serotyping <i>E. coli</i> 0157, <i>E. coli</i> 026 และ <i>E. coli</i> 0111	เชื้อจุลินทรีย์	เทคนิคแมสสเปกโตรมิเตอร์	ขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง*	เริ่มต้นที่ 1,500/ Serotype

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่าง ที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
10. ค่าบริการทางห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์อาหารปลอดภัย				
10.1 ค่าบริการตรวจนับเชื้อจุลินทรีย์ จากตัวอย่าง น้ำ				
- Total bacteria count	น้ำ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ใน การบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	400
- Coliform count	น้ำ	Standard Method for the Examination of Water and Wastewater. 23rd ed., 2017	5-7 วัน	400
- <i>Escherichia coli</i> count	น้ำ	Standard Method for the Examination of Water and Wastewater. 23rd ed., 2017	5-7 วัน	500
- Coliform and <i>Escherichia coli</i> count	น้ำ	Standard Method for the Examination of Water and Wastewater. 23rd ed., 2017	5-7 วัน	700
- <i>Salmonella</i> spp.	น้ำ	ISO 19250: 2010(E)	5-7 วัน	500
- Total bacteria count, - Coliform and <i>Escherichia coli</i> count - <i>Salmonella</i> spp.	น้ำ	ตามวิธีในตาราง	5-7 วัน	1500

รายการ	ตัวอย่าง ที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
10.2 ค่าบริการตรวจนับเชื้อจุลินทรีย์จากตัวอย่าง	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	วิธีตรวจนับ		
- Total bacteria count	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในการบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- Total coliform count	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในการบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- <i>Escherichia coli</i> count	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในการบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- <i>Salmonella</i> spp.	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	ISO 6579-1:2017/ Amd.1:2020(E)	5-7 วัน	500
- Yeast & molds count	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในการบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	5-6 วัน	600
- Total <i>Staphylococcus aureus</i> count	อาหารสัตว์ และ วัสดุคืบ	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในการบ่งชี้คุณภาพ แบบอัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- Total bacteria count,	อาหารสัตว์	ตามวิธีในตาราง	5-7 วัน	2,500
- Total coliform count,	และ วัสดุคืบ			
- <i>Escherichia coli</i> count,	อาหารสัตว์			
- Yeast & mold count				
- <i>Salmonella</i> spp.				

รายการ	ตัวอย่าง ที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
10.3 ค่าบริการตรวจนับเชื้อจุลินทรีย์จากตัวอย่าง สิ่งแวดล้อม				
- Total bacteria count	สิ่งแวดล้อม	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- Total coliform count	สิ่งแวดล้อม	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- <i>Escherichia coli</i> count	สิ่งแวดล้อม	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- <i>Salmonella</i> spp.	สิ่งแวดล้อม	ISO 6579- 1:2017/ Amd.1:2020(E)	5-7 วัน	500
- Yeast & mold count	สิ่งแวดล้อม	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	5-6 วัน	500
- Total <i>Staphylococcus aureus</i> count	สิ่งแวดล้อม	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500
- Total bacteria count	อากาศ	Settle plate	8-10 วัน	150
- Yeast & mold count		method		

รายการ	ตัวอย่าง ที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
10.4 ค่าบริการตรวจนับเชื้อจุลินทรีย์ที่	จากตัวอย่าง น้ำผึ้ง			
- <i>Salmonella</i> spp.	น้ำผึ้ง	ISO 6579-1:2017/ Amd.1:2020(E)	5-7 วัน	500
- Yeast & mold count	น้ำผึ้ง	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	5-6 วัน	600
- Total <i>Staphylococcus aureus</i> count	น้ำผึ้ง	เครื่องตรวจนับ เชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ ในการบ่งชี้ คุณภาพแบบ อัตโนมัติ (TEMPO)	3-4 วัน	500

หมายเหตุ : ระยะเวลาการตรวจคิดตามวันทำการ ไม่รวมวันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ วันหยุดของคณะสัตวแพทยศาสตร์ และ วันหยุดของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการตรวจ	ตัวอย่าง ที่ส่ง	วิธีการตรวจ	รูปแบบการ ทดสอบ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
11. ค่าบริการทางห้องปฏิบัติการทางเคมีวิเคราะห์ (คุณภาพน้ำ)					
11.1 ค่าบริการตรวจทางเคมีวิเคราะห์ (คุณภาพน้ำ) วิธีการตรวจแบบ Cell test, Reagent และ Titrate					
- Chlorine Test	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Cell test	2 วัน	90
- Total hardness	น้ำ	Colorimetric titration	Cell test	3 วัน	150
- Nitrite	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Reagent	2 วัน	100
- Total Alkalinity	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Cell test	2 วัน	200
- Total Ammonium	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Reagent	2 วัน	120
- Carbon dioxide	น้ำ	Colorimetric titration	Titration	3 วัน	150
- Salinity	น้ำ	Salinity meter	Salinity meter	2 วัน	100
- DO	น้ำ	DO meter	DO meter	2 วัน	100
- pH	น้ำ	pH meter	pH meter	2 วัน	70
- Package ตรวจคุณภาพน้ำ (รวมทั้งหมด)	น้ำ	-	-	4 วัน	900
- Package ตรวจคุณภาพน้ำ (Nitrite, Total Alkalinity, - Total Ammonium, pH)	น้ำ	-	-	2 วัน	500
11.2 ค่าบริการตรวจทางเคมีวิเคราะห์ (คุณภาพน้ำ) อื่น ๆ *					
- Fluoride	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Cell test	3 วัน	110
- Chloride (Cl-)	น้ำ	Photometry ด้วย Kit สำเร็จรูป	Cell test	3 วัน	200
- BOD	น้ำ	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater	Part 5210 B.	20 วัน	650
- TSS	น้ำ	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater	Part 2540 D.	20 วัน	460
- Sulfide	น้ำ	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater	Part 4500-S2- F.	20 วัน	390

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการ	ตัวอย่างที่ส่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลา (วันทำการ)	อัตราค่าบริการ (บาท)
12. ค่าบริการจ้างเหมา				
- ค่าบริการจ้างเหมาต่าง ๆ	-	-	ตามข้อตกลง	เริ่มต้นที่ 100

หมายเหตุ : * โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งตรวจ

** ราคาขึ้นอยู่กับดุลพินิจของ ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ ตามความเหมาะสม