



ใบยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์กรณีทางห้องปฏิบัติการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

สำหรับผู้ยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขอยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์ (ระบุชนิดตัวอย่าง)..... ของ..... HN.....

ส่งตรวจวันที่..... เวลา..... หน่วยงานที่ส่งตรวจ.....

ซึ่งมีรายการตรวจวิเคราะห์ดังนี้.....

ข้าพเจ้ารับทราบเกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจดังกล่าว จากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลตากใบเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าขอยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจดังกล่าว หากเกิดข้อผิดพลาดใดๆ จากการตรวจวิเคราะห์ ข้าพเจ้ายินดีจะเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์

หัวหน้าหน่วยงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ผู้ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ..... ตำแหน่ง..... วันที่..... เวลา.....

รายละเอียดการปฏิเสธ.....

ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตากใบได้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์แล้ว ใบยืนยันตรวจวิเคราะห์กรณีทางห้องปฏิบัติการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันในกรณีหน่วยงานส่งตรวจไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่กำหนด **ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลตากใบ ไม่รับรองผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว การนำผลการตรวจวิเคราะห์นี้ไปใช้วินิจฉัย ติดตามการรักษา หรือนำไปใช้ในกรณีอื่นๆ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา**

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ขอยืนยันว่าได้รับทราบข้อมูลในใบยืนยันให้ตรวจวิเคราะห์กรณีทางห้องปฏิบัติการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจครบถ้วนสมบูรณ์ดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีจะนำผลการตรวจวิเคราะห์นี้ไปใช้วินิจฉัย ติดตามการรักษา หรือนำไปใช้ในกรณีอื่นๆ ตามเห็นสมควร

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา