

LAB TEST REQUEST FORM FOR QUALITY CONTROL OF CELL CULTURE

Hospital / Clinic (ผู้รับบริการ)

PATIENT:

Name : _____

HN/CN: _____ DOB: _____

Age: _____ Sex: Male Female

Specimen collection date: _____ (YYYY-MM-DD)

Specimen collection time: _____ (HH:MM:SS)

ORDERING PHYSICIAN:

Name: _____

Phone: _____

CLINIC:

Name: _____

Phone: _____

INFECTIOUS: IMMUNOCHROMATOGRAPHIC ASSAY

CODE		Tests	Collection	Total	Turnaround Time
INV168028	<input type="checkbox"/>	HIV-1/2 Ab	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168029	<input type="checkbox"/>	Syphilis Ab	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168030	<input type="checkbox"/>	Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168031	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168032	<input type="checkbox"/>	HCV Ab	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168033	<input type="checkbox"/>	TORCH Infection	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days

MICROBIOLOGICAL TESTS

CODE		Tests	Collection	Total	Turnaround Time
INV168034	<input type="checkbox"/>	Bacteria Culture	<input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	7 Days
INV168035	<input type="checkbox"/>	Mold Culture	<input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	7 Days
INV168036	<input type="checkbox"/>	Gram Stain	<input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168037	<input type="checkbox"/>	Hemoculture	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood	2 mL	7 Days
INV168038	<input type="checkbox"/>	Rapid Gel Clot Endotoxin	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	7 Days
INV168039	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	7 Days

PHYSICAL PROPERTIES MEASURING

CODE		Tests	Collection	Total	Turnaround Time
INV168040	<input type="checkbox"/>	pH	<input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days
INV168041	<input type="checkbox"/>	Osmolarity	<input type="checkbox"/> Cell pellet <input type="checkbox"/> Condition Medium	2 mL	3 Days

ACTIVITY PROPERTIES OF CELL, NK ACTIVITY

CODE		Tests	Collection	Total	Turnaround Time
INV168000	<input type="checkbox"/>	NK Activity	<input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV100293	<input type="checkbox"/>	NK-Cell (CD3/CD16+56)	<input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV168001	<input type="checkbox"/>	NK-Cell+NKG2D (CD3/CD16+56/NKG2D)	<input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV168005	<input type="checkbox"/>	Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c)	<input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV100292	<input type="checkbox"/>	T-Cell (CD3)	<input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV168019	<input type="checkbox"/>	MSC Panel (CD73/CD90/CD105/CD34/CD45/HLA-DR)	<input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days
INV168042	<input type="checkbox"/>	Fibroblast Panel	<input type="checkbox"/> Cell pellet	2 mL	3 Days

ชนิดสิ่งส่งตรวจ / จำนวนสิ่งส่งตรวจที่ต้องการส่ง

ประเภทสิ่งส่งตรวจ	จำนวน (หลอด)
<input type="checkbox"/> Whole Blood	
<input type="checkbox"/> Clot blood 6 mL	
<input type="checkbox"/> Cell pellet	
<input type="checkbox"/> Condition Medium	
<input type="checkbox"/> Clot blood (Serum) 6 mL	
<input type="checkbox"/> เอกสารอื่นๆ ที่แนบมา.....	

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ _____

ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____

วันที่ _____ - _____ - _____ (ปี-เดือน-วัน)

เวลา _____ : _____ : _____ (ชั่วโมง:นาที:วินาที)

Note: ห้องปฏิบัติการอินโนเวทไบโอเทค เปิดให้บริการวันอังคารถึงวันเสาร์ เวลา 8:00-17:00 น. และเปิดให้บริการวันอาทิตย์ เวลา 8.00-14.00 น. (รับตัวอย่างไม่เกิน 14.00 น.)

Innovate Biotech Laboratory

28/2 Room B405 Soi Rongrian Khlong Lam Chiak, Khlong Chan, Bang Kapi, Bangkok 10240

(Thailand) T:(+66) 2-508-5100 , 061-118-6186 | E: info@innovatebiotechlab.com