

# ORAL PATHOLOGY ORDER FORM

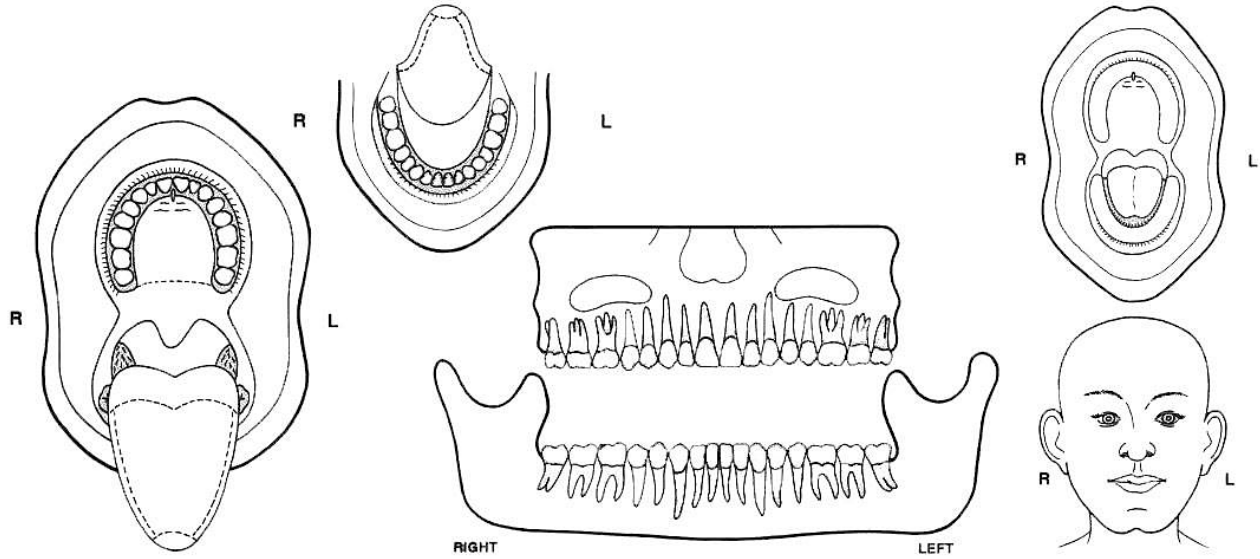
Division of Oral Pathology, Oral Diagnosis Department  
Faculty of Dentistry, Naresuan University, Phitsanulok 65000, Tel. 055-966178, http://www.dent.nu.ac.th

(FOR LAB ONLY)

Specimen No. \_\_\_\_\_

<b>Ordering Doctor</b>	Doctor's name* _____	<b>Patient</b>	ผู้ป่วยยินยอมให้ตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพื่อใช้ในการวินิจฉัย งานวิจัยและการศึกษาทางการแพทย์ ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้ปกครอง* _____		
	Hospital/Clinic* _____		First name* _____ Last name* _____ DN/HN _____		
	Address _____	Birthdate* ____/____/____ Age ____ Gender* <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Race ____	Birthplace _____ Occupation _____ Phone number* _____		
	Phone number* _____				
	Email* _____				

NOTE: \* Information is required before specimen will be processed.



**IMPORTANT: Failure to provide pertinent information will delay diagnostic report**

<b>Relevant Clinical Information</b>	Summary of current problem (reason for biopsy/surgery) _____ <small>(Symptoms, duration, previous related treatment, etc.)</small>	
	Medical / Dental history _____ <small>(Patient diseases, drugs &amp; medications, oral habits, family history, etc.)</small>	
	Clinical and/or surgical finding / prior lab test result _____ <small>(Size, shape, color, consistency, etc.)</small>	
	Radiographic findings _____ <small>(Radiographic correlation may be required for diagnosis – please submit radiographs with the specimen – originals will be returned with the report.)</small>	
Clinical impression or differential diagnosis _____		
<b>Specimen Information</b>	<b>Anatomic Site of Specimen</b>	<b>Procedure</b>
	Specimen "A" _____ Size <u>  </u> x <u>  </u> x <u>  </u> cm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Complete excision <input type="checkbox"/> Incisional biopsy <input type="checkbox"/> _____
	Specimen "B" _____ Size <u>  </u> x <u>  </u> x <u>  </u> cm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Complete excision <input type="checkbox"/> Incisional biopsy <input type="checkbox"/> _____
	Specimen "C" _____ Size <u>  </u> x <u>  </u> x <u>  </u> cm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Complete excision <input type="checkbox"/> Incisional biopsy <input type="checkbox"/> _____
<b>Service Request</b>	<b>Report Priority</b> <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Pick up	
<input type="checkbox"/> Routine microscopic tissue exam	Post-op date _____ Time _____	
<input type="checkbox"/> Second opinion on "outside" slides	Last pathology report Dated ____/____/____ Report no. _____	
	Result _____	
DATE SPECIMEN OBTAINED ____/____/____ (required)	PATHOLOGY SERVICE REQUESTED BY _____ (required)	

DOCTOR: Please have your patient read, sign and date consent form prior to your biopsy or other diagnostic procedure—it must be enclosed with the specimen. Please give the patient a photocopy of this signed consent.

Updated by C.Teerawong (May,2023) chanyanucht@nu.ac.th

NOTE: THE ATTACHED **PATIENT CONSENT FOR ORAL PATHOLOGY SERVICES**

MUST BE SIGNED BY THE PATIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON AND  
IT MUST BE ENCLOSED WITH THE SPECIMEN TO AVOID A LAB PROCESSING DELAY.

#### PATIENT CONSENT FOR ORAL PATHOLOGY SERVICES

As a result of thorough evaluation by your doctor, a specimen is being sent to Division of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Naresuan University for analysis and diagnosis. Your doctor is demonstrating his/her concern for your health by having the removed tissue analyzed by our Oral and Maxillofacial Pathologists to establish a precise diagnosis and assure correct treatment.

Diagnostic reports are usually completed within 10 working days following receipt of your specimen in the laboratory (unless additional special tests are needed to diagnose it) and your report will be sent to your doctor who will discuss the results with you. If your diagnosis is serious we will telephone your doctor immediately to facilitate any necessary urgent care.

The protected health information your doctor provided to us will be used only for diagnostic, scientific research, and/or professional education purposes.

#### IN ORDER TO PROCESS YOUR SPECIMEN, THIS CONSENT MUST BE SIGNED AND DATED BELOW

I certify that I have read and understand the information above. I consent to the laboratory tests needed to analyze my specimen(s) and I have been informed that my doctor is sending it (them) to Division of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Naresuan University for diagnosis.

I agree to be financially responsible and I promise to pay for all of the fees charged for pathology services that are not included in my biopsy fees. All of my questions regarding my responsibility for payment of pathology services have been answered to my satisfaction. I understand and agree to proceed with the test(s) ordered and related diagnostically indicated services.

I also give my permission to Division of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Naresuan University to share my protected health information with other licensed healthcare providers as needed and requested for diagnostic and/or treatment, scientific research, and professional education purposes.

หมายเหตุ: เพื่อป้องกันการล่าช้าในการดำเนินการตรวจทางพยาธิวิทยา **ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองต้องลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเพื่อการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาและ**  
**ส่งแนบมาพร้อมกับชิ้นเนื้อส่งตรวจ**

#### คำยินยอมของผู้ป่วยเพื่อการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ภายหลังจากที่ทันตแพทย์/แพทย์ ได้ทำการตรวจท่านอย่างครบถ้วนแล้ว เนื้อเยื่อของท่านจะถูกส่งมาทำการตรวจทางพยาธิวิทยา ณ สาขาวิชาพยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยทันตแพทย์/แพทย์ ของท่านได้พิจารณาเห็นสมควรแล้วว่า ชิ้นเนื้อที่ได้ตัดออกมาจากร่างกายของท่าน ควรต้องได้รับการวินิจฉัยจากทันตแพทย์เฉพาะทาง สาขาพยาธิวิทยาช่องปาก เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้รายงานผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จะเสร็จสมบูรณ์ ภายในระยะเวลา 10 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับชิ้นเนื้อ (ไม่รวมเวลาในการจัดส่งผล และยกเว้นในกรณีที่ต้องได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม) และรายงานผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาของท่าน จะถูกจัดส่งไปยังทันตแพทย์/แพทย์ ที่ได้ทำการส่งชิ้นเนื้อของท่านมาตรวจ โดยทันตแพทย์/แพทย์ ของท่านจะเป็นผู้แจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาให้กับท่าน หากเป็นรายงานผลทางพยาธิวิทยาเกี่ยวกับโรคร้ายแรง ทันตแพทย์เฉพาะทาง สาขาพยาธิวิทยาช่องปาก ผู้ให้การวินิจฉัย จะโทรศัพท์แจ้งผลแก่ทันตแพทย์/แพทย์ของท่านให้ทราบทันที เพื่อการรักษาเร่งด่วนต่อไป

อนึ่ง ข้อมูลของท่านที่ได้รับมาจากทันตแพทย์/แพทย์ ผู้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกใช้ในการวินิจฉัยโรค การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และ/หรือใช้เพื่อการศึกษาทางการแพทย์เท่านั้น

#### เพื่อให้ชิ้นเนื้อส่งตรวจได้รับการดำเนินการตามขั้นตอน แบบฟอร์มนี้ต้องได้รับการลงลายมือชื่อของผู้ป่วยไว้เป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านและเข้าใจเนื้อความข้างต้นโดยสมบูรณ์แล้ว ข้าพเจ้าได้รับการแจ้งโดยตรงจากทันตแพทย์/แพทย์ ผู้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจแล้วว่า ชิ้นเนื้อส่งตรวจที่ตัดจากร่างกายของข้าพเจ้า จะได้รับการดำเนินการตรวจทางพยาธิวิทยา ณ สาขาวิชาพยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยความยินยอมของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยานี้ ซึ่งไม่รวมอยู่ในค่าตัดชิ้นเนื้อ

ข้าพเจ้ายอมรับว่า ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามเกี่ยวกับรายการค่าใช้จ่าย และการบริการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาโดยครบถ้วนจนเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา หรือกระทำการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย ตามที่ร้องขอ

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ สาขาวิชาพยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใช้ข้อมูลที่ถูเก็บเป็นความลับของข้าพเจ้า ในการส่งต่อข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังบุคคลากรทางการแพทย์ ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีความจำเป็นต้องส่งต่อ หรือขอคำปรึกษา เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวมไปถึงการใช้ข้อมูลที่เก็บเป็นความลับของข้าพเจ้าในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และ/หรือใช้เพื่อการศึกษาทางการแพทย์เท่านั้น

(FOR LAB ONLY)

รับชิ้นเนื้อวันที่ ____/____/____
A ขนาด: ____ x ____ x ____ cm <sup>3</sup> สี ____ จำนวน ____ ชิ้น, <input type="checkbox"/> Soft tissue <input type="checkbox"/> Hard tissue (Decalcification needed)
B ขนาด: ____ x ____ x ____ cm <sup>3</sup> สี ____ จำนวน ____ ชิ้น, <input type="checkbox"/> Soft tissue <input type="checkbox"/> Hard tissue (Decalcification needed)
C ขนาด: ____ x ____ x ____ cm <sup>3</sup> สี ____ จำนวน ____ ชิ้น, <input type="checkbox"/> Soft tissue <input type="checkbox"/> Hard tissue (Decalcification needed)