



# ใบคำขอรับบริการทดสอบโรคอหิวาต์แอฟริกาในสุกร (Request Form : ASF)

หน่วยงานชั้นสูตรโรคสัตว์ กำแพงแสน ศูนย์วิจัยและบริการวิชาการทางสัตวแพทย์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ ม.เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน  
Kamphaengsaen Veterinary Diagnostic Center, Faculty of Veterinary Medicine, Kasetsart University

เลขที่คำร้อง .....

เวลารับตัวอย่าง 8.30-15.00 น. ตัวอย่างที่ส่งหลัง 15.00 น. หน่วยงานจะเก็บรักษาไว้ภายใต้สภาวะที่เหมาะสม และจะทดสอบในวันทำการถัดไป

**1. รูปแบบใบรายงานผล**

ภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ (ฉบับละ 200 บาท)

กรุณากรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ

**2. วัตถุประสงค์ส่งตรวจ**

มาตรฐานสินค้า

ชั้นสุตรโรค/ทดสอบ

การเรียนการสอน

โครงการวิจัย

ขอบเคลื่อนย้าย

อื่นๆ .....

**3. ชื่อและที่อยู่ฟาร์ม/บริษัท : ที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน (company name / address for receipt):**

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ..... รหัสลูกค้า (customer code) .....

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

**4. ชื่อและที่อยู่ฟาร์ม/บริษัท : ที่ระบุในใบรายงานผล (company name / address for test report):**

เจ้าของตัวอย่าง  ข้อมูลเดียวกับข้างต้น ..... รหัสลูกค้า (customer code) .....

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

อีเมล.....

**5. ผู้ส่งตัวอย่าง**

ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

**6. การรายงานผล**  ต้องการแยกใบรายงานผลต่อ 1 ตัวอย่าง  ไม่ต้องการแยกใบรายงานผล

Email : ระบุเพียง 1 อีเมล .....

ใบรายงานผลตัวจริง  มารับผลด้วยตัวเอง  ส่งไปรษณีย์ ลงทะเบียน 20 บาท  ส่งไปรษณีย์ EMS 50 บาท

**7. การขอคืนตัวอย่างหลังทดสอบ**  ต้องการขอคืนภายใน ..... วันหลังจากรายงานผล  ไม่ต้องการขอรับคืน

ทำเครื่องหมาย  หน้ารายการตรวจที่ท่านต้องการตรวจ หากไม่มี สามารถเขียนเพิ่มเติมได้ โดยดูรายการอื่นๆจาก catalogue

| <input checked="" type="checkbox"/> | CODE   | รายการตรวจ                | วิธีทดสอบ     | ราคา/ตัวอย่าง | ส่งตรวจจำนวน |
|-------------------------------------|--------|---------------------------|---------------|---------------|--------------|
|                                     | BIO120 | African swine fever virus | Real-time PCR | 650*          |              |

\*ราคาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในภายหลัง \*\*ตัวอย่างที่ให้ผล Positive ทางหน่วยงานจะดำเนินการแจ้งกรมปศุสัตว์

| ลำดับ                   | ชนิดตัวอย่าง  | รายละเอียด<br>เช่น OPD/ เล้า/ อายุ/ โรงเรือน เป็นต้น | จำนวน | วันที่เก็บตัวอย่าง | Lab No.<br>(สำหรับเจ้าหน้าที่) |
|-------------------------|---|--|-------|--------------------|--------------------------------|
|                         | <input type="checkbox"/> EDTA Blood <input type="checkbox"/> Clotted Blood<br><input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Serum<br><input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Spleen<br><input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Lymph node<br><input type="checkbox"/> อาหารสัตว์ <input type="checkbox"/> วัตถุติดอาหารสัตว์<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |  |       |                    |                                |
|                         | <input type="checkbox"/> EDTA Blood <input type="checkbox"/> Clotted Blood<br><input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Serum<br><input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Spleen<br><input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Lymph node<br><input type="checkbox"/> อาหารสัตว์ <input type="checkbox"/> วัตถุติดอาหารสัตว์<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |  |       |                    |                                |
| <b>รวมจำนวนทั้งสิ้น</b> |   |  |       |                    | <b>ตัวอย่าง</b>                |

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว จึงขอลงนามยืนยันการส่งตรวจตัวอย่างตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น หากข้าพเจ้าจะดำเนินการแก้ไขรายละเอียดใดๆ นอกเหนือจากที่ให้ไว้ ข้าพเจ้าจะดำเนินการแก้ไขก่อนเริ่มการทดสอบ หากดำเนินการแก้ไขภายหลังจากเริ่มการทดสอบแล้ว ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามขั้นตอนของหน่วยงาน

ลงชื่อ ..... ผู้ส่งตรวจ วันที่.....