

แบบฟอร์มการขอรับแผ่นเยื่อหุ้มรก (Preserved Amniotic Membrane)  
จาก โครงการ “ผลิตแผ่นเยื่อหุ้มรกสำหรับการผ่าตัดทางการแพทย์” มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ส่งจอง

โรงพยาบาล.....

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... HN .....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

การวินิจฉัยโรค .....

รายละเอียดหัตถการ/การผ่าตัด..... วันที่ผ่าตัด .....

แพทย์ผู้ผ่าตัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

กรุณาเลือกขนาดความต้องการแผ่นเยื่อหุ้มรก

S - ขนาด 2 ซม. X 2 ซม. จำนวน ..... ขวด

L - ขนาด 4 ซม. X 4 ซม. จำนวน ..... ขวด

(กรุณาระบุเหตุผล.....)

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ .....

ส่วนที่ 2: ข้อแนะนำในการขอรับแผ่นเยื่อหุ้มรก

1. สามารถสั่งซื้อเยื่อหุ้มรกที่ชั้น 2 อาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ หรือส่งแบบฟอร์มมาที่ rihs.wu@gmail.com
2. เพื่อความสะดวกในการรับบริการ วันที่มารับเยื่อหุ้มรกจะต้องเตรียมกระติกน้ำแข็งมาเอง โดยที่อาคารมีน้ำแข็งพร้อมให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม
3. อัตราค่าน้ำยาแช่เยื่อหุ้มรกใน ไซส์ S ราคา 800 บาท/ขวด, ไซส์ L ราคา 3,200 บาท/ขวด โดยสามารถชำระได้ที่ ชื่อบัญชี “มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์” เลขที่บัญชี 828-1-14776-8 ธนาคารกรุงไทย และส่งหลักฐานการชำระเงินได้ที่ shorturl.at/hrBCP หรือ [www.rihs.wu.ac.th](http://www.rihs.wu.ac.th) แจ้งชำระเงินค่าบริการ
4. สามารถติดต่อสั่งจองและใช้บริการได้ในวันและเวลาราชการเท่านั้น (วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9.00-16.00 น.)
5. ควรสั่งซื้อในวันทำการผ่าตัด และส่งให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโดยเร็วที่สุด หรือหากจำเป็นต้องซื้อก่อน ให้นำไปเก็บที่ -20 องศาเซลเซียส ณ สถานพยาบาลที่จะทำการผ่าตัด (ไม่ควรเก็บนานเกิน 1 เดือน)
6. เยื่อหุ้มรกที่ซื้อแล้ว**ไม่รับเปลี่ยนคืนทุกกรณี**
7. ข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อคุณเสาวลักษณ์ ทองรัก โทรศัพท์ 075-672587



แจ้งชำระเงินค่าบริการ