



แบบฟอร์มการขอรับเยื่อตาขาวจากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

โรงพยาบาล _____

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

การวินิจฉัยโรค _____

การทำผ่าตัด _____ วันที่ผ่าตัด _____

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด _____ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

ต้องการเยื่อตาขาว(Sclera)

จำนวน _____ ขวด

คำแนะนำในการซื้อเยื่อตาขาว

1. จำหน่ายเยื่อตาขาวทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. (เว้นวันหยุดราชการ)
2. เตรียมกระดิกน้ำแข็งสำหรับใส่เยื่อตาขาว และค่าดำเนินการจัดเตรียมเยื่อตาขาวราคา 500 บาท/ขวด
3. จัดเก็บรักษาเยื่อตาขาวไว้ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส
4. ภายหลังรับเยื่อตาขาวให้ตรวจสอบวันหมดอายุได้ที่ฉลากข้างขวด
5. เยื่อตาขาวที่จำหน่ายออกจากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยแล้วไม่สามารถรับคืนได้ทุกกรณี
6. สามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-2564039-40