แบบฟอร์มการขอรับ Preserved Amniotic Membrane จากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

โรงพยาบาล_____

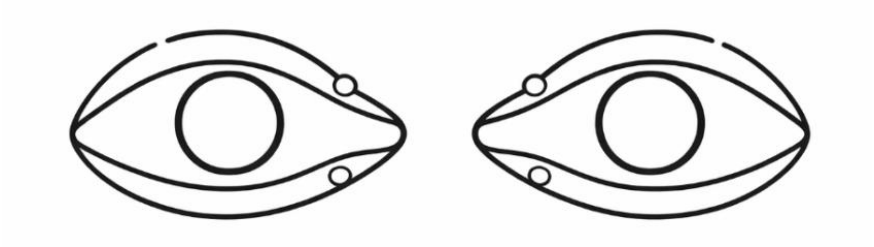
กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน โดยใบเสร็จรับเงินจะจัดส่งทาง e-mail เท่านั้น

ชื่อ-นามสกุล_____ อายุ_____ปี เบอร์ติดต่อ_____

การวินิจฉัยโรค_____ การทำผ่าตัด_____ วันที่ผ่าตัด_____

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด_____ เบอร์ติดต่อ_____

E-mail สำหรับรับใบเสร็จรับเงินอิเล็กทรอนิกส์ (e-Receipt) _____



ต้องการ Amniotic Membrane

☐ **SIZE S** (~1.5 x 1.5 ซม.) จำนวน _____ขวด

☐ **SIZE L** (~3 x 3 ซม.) จำนวน _____ขวด (**กรุณาระบุเหตุผล**_____)

คำแนะนำในการรับและเก็บรักษาเยื่อหุ้มรก

1. ให้บริการเยื่อหุ้มรกทุกวัน **จันทร์–ศุกร์ เวลา 08.30–12.00 น. (เว้นวันหยุดราชการ)** ณ อาคารเทิดพระเกียรติฯ ชั้น 7
2. ควรรับเยื่อหุ้มรกใกล้วันผ่าตัด
3. กรุณาเตรียมภาชนะเก็บความเย็นที่สามารถบรรจุขวดขนาด 28 × 60 มม. ได้
4. ค่าน้ำยารักษาสภาพเยื่อหุ้มรก (ชำระเป็นเงินสด) **SIZE S 500 บาท/ขวด SIZE L 1,000 บาท/ขวด**
5. โปรดตรวจสอบวันหมดอายุและความสมบูรณ์ของขวดภายหลังได้รับ
6. การขนส่งและการเก็บรักษา: ศูนย์ดวงตามีน้ำแข็งบริการ ควรขนส่งในกระติกที่มีน้ำแข็งเพียงพอตลอดการเดินทาง หากน้ำแข็งละลาย ให้เติมน้ำแข็งเพิ่ม

<u>กรณีขนส่งด้วยน้ำแข็ง</u>

– ให้เก็บในช่องแช่แข็งของตู้เย็น (–18°C หรืออุณหภูมิที่ต่ำกว่า) และควรใช้ภายใน 7 วัน นับจากวันที่รับเยื่อหุ้มรก

<u>กรณีขนส่งด้วยน้ำแข็งแห้ง (Dry Ice)</u>

– ต้องคงสภาพแช่แข็งตลอดการขนส่ง ห้ามเกิดการละลาย

– เก็บที่อุณหภูมิ –80 °C สามารถใช้ได้ถึงวันหมดอายุที่ระบุบนฉลาก

– เก็บที่อุณหภูมิ –30 °C ควรใช้ภายใน 1 เดือน นับจากวันที่รับเยื่อหุ้มรก

7. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร. 02-2564039-40 กด 0 หรือ 3

หมายเหตุ: ไม่รับคืนเยื่อหุ้มรกภายหลังนำออกจากศูนย์ดวงตาฯ ทุกกรณี