แบบฟอร์มการขอรับเยื่อตาขาว (Sclera) จากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

โรงพยาบาล_____

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน โดยใบเสร็จรับเงินจะจัดส่งทาง e-mail เท่านั้น

ชื่อ-นามสกุล_____ อายุ_____ปี เบอร์ติดต่อ_____

การวินิจฉัยโรค_____ การทำผ่าตัด_____ วันที่ผ่าตัด_____

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด_____ เบอร์ติดต่อ_____

E-mail สำหรับรับใบเสร็จรับเงินอิเล็กทรอนิกส์ (e-Receipt) _____

ต้องการเยื่อตาขาว (Sclera) จำนวน _____ขวด

คำแนะนำในการรับและเก็บรักษาเยื่อตาขาว

1. ให้บริการเยื่อตาขาวทุกวัน **จันทร์–ศุกร์ เวลา 08.30–12.00 น. (เว้นวันหยุดราชการ)** ณ อาคารเทิดพระเกียรติฯ ชั้น 7
2. กรุณาเตรียมภาชนะเก็บความเย็นที่สามารถบรรจุขวดขนาด 28 × 60 มม. ได้
3. ค่าดำเนินการจัดเตรียมเยื่อตาขาว (ชำระเป็นเงินสด) **500 บาท/ขวด**
4. โปรดตรวจสอบวันหมดอายุและความสมบูรณ์ของขวดภายหลังได้รับ
5. เก็บรักษาที่อุณหภูมิ **2–8 °C** สามารถใช้ได้ถึงวันหมดอายุที่ระบุบนฉลาก
6. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร. 02-2564039-40 กด 0 หรือ 3

หมายเหตุ: ไม่รับคืนเยื่อตาขาวภายหลังนำออกจากศูนย์ดวงตาฯ ทุกกรณี