

**แบบฟอร์มการส่งศพ**

ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....  
 ถึงแก่กรรมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....Ward.....โทรศัพท์.....  
 เจ้าหน้าที่ห้องศพที่รับแจ้งทางโทรศัพท์.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**ต้องการส่งศพเพื่อ**

- ส่งตรวจ
  - พยาธิวิทยา  นิติเวชศาสตร์ (กรุณากรอกข้อมูลการแจ้งผู้ป่วยคดีเสียชีวิตด้านล่าง)
- บริจาคศพให้แก่ภาควิชากายวิภาคศาสตร์
- ผากเก็บอนุญาตรับกลับ
- ฌีดยารักษา
- อื่นๆ .....

**พร้อมหลักฐานต่อไปนี้-**

- ประวัตีผู้ป่วย
  - มี
  - ไม่มี เนื่องจาก.....
- ฟิล์ม x-ray  ฟิล์ม CT
- ใบรายงานขอทำการตรวจศพ (พยาธิวิทยา)
- อื่นๆ .....

พยาบาลเวร.....ผู้ส่งศพ  
 (.....)  
 วันที่.....เวลา.....น.  
 เจ้าหน้าที่รับศพ.....  
 (.....)  
 วันที่.....เวลา.....น.

- หมายเหตุ:-**
1. การส่งศพเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา หากไม่มีใบรายงานขอทำการตรวจศพและประวัติผู้ป่วย ภาควิชาพยาธิจะไม่ดำเนินการตรวจ
  2. ศพที่บริจาคให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ ไม่ต้องเก็บเงินค่าฌีดยาศพ

.....  
 ข้อมูลการแจ้งผู้ป่วยคดีเสียชีวิต (โทร.191,221162,227465, และ 226557)  
 ผู้โทรศัพท์แจ้ง.....Ward.....โทรศัพท์แจ้ง.....  
 วัน เวลา ที่โทรศัพท์แจ้ง.....ผู้รับแจ้ง.....  
 ชื่อพนักงานสอบสวน.....