



**Please complete all information below.

Test will not be performed without completed requisition form**

Sender Address

****Specimen MUST be labeled with patient First Name, Last name, Date of birth and Date of collection****

Patient First Name : (ชื่อ) _____

Last Name : (นามสกุล) _____

H.N. _____ Date of Birth (dd/mm/yyyy) ____/____/____ Gender Male Female

Tel : _____ E-mail : _____

Ship To

Laboratory Department, Fl.13 Building C

33 Sukhumvit 3, Wattana, Bangkok, Thailand 10110

[Tel:+6620114158](tel:+6620114158)

Labservices@bumrungrad.com

Test Order	Specimen type
<input type="checkbox"/> Cardio screen (Proactive test)**	<input type="checkbox"/> EDTA 3 ml. 2 tubes <input type="checkbox"/> Saliva kit
<input type="checkbox"/> Cancer screen (Proactive test)**	<input type="checkbox"/> EDTA 3 ml. 2 tubes <input type="checkbox"/> Saliva kit
Other note _____	

Specimen Collection

Collection Date (dd/mm/yyyy) _____ Collection Time (hh/mm) _____

Test Purpose : ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้เบื้องต้น ดังนี้

- Screening for health patient (การตรวจคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี)
- Patient has symptoms related to testing (ผู้ป่วยมีอาการ/เคยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ)
Please indicate (โปรดระบุ) _____
- Family history related to testing (สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ)
Please indicate (โปรดระบุ) _____
- Previous genetic result relate to testing (ผู้ป่วยมีผลการทดสอบทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้)
Please indicate (โปรดระบุ) _____
- Family members have a history of gene disorder related to testing (ผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความผิดปกติของยีนที่ทำการตรวจ)
 Please indicate (โปรดระบุ) _____ (attached related document)
- Relation of family member (ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) _____
- Other _____

Ethnicity : ชาติพันธุ์

- Asian Hispanic Sephardic Jewish
- Ashkenazi Jewish Mediterranean Other _____
- African-American Native American
- French Canadian White/Caucasian

Referring Physician : ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ

Referring Physician Name: _____

Tel : _____ E-mail : _____

Referring Clinic : _____ Referring Clinic contact person _____

Tel : _____ E-mail : _____

For sending report

Signature Referring Physician _____