กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย
PUBLIC HEALTH LABORATORY DIVISION

กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย
อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ซอยโรงพยาบาลศรีธัญญา
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี 11000
โทรศัพท์. 0-2968-7600 โทรสาร. 0-2968-7604

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ : .....
รหัสตัวอย่าง : .....
สัญลักษณ์ชนิดตัวอย่าง : .....
วันที่รับตัวอย่าง : .....

ใบคำขอรับบริการ

1. ผู้ขอรับบริการ/ผู้ส่งตัวอย่าง (ตัวบรรจง)..... **โทรศัพท์** .....
กรณีหน่วยงานภายในกรมอนามัย ชื่อโครงการ.....
2. ชื่อและที่อยู่ที่ระบุในใบรายงานผลทดสอบ
ชื่อ/หน่วยงาน: .....
ที่อยู่: .....
3. รหัสตัวอย่างของผู้รับบริการ: .....
รายละเอียด/จุดเก็บตัวอย่าง: .....
ตำบล ..... **อำเภอ** ..... **จังหวัด** .....
วันที่เก็บตัวอย่าง: ..... **เวลา** .....

สอบถามรายละเอียด

4. รายละเอียดตัวอย่างและการขอรับบริการ

4.1 ประเภทตัวอย่าง (ระบุเพียง 1 ประเภท)

● **น้ำบริโภค**
☐ น้ำดื่ม ☐ น้ำแข็ง

● **น้ำอุปโภค**
☐ น้ำประปา ☐ น้ำสระว่ายน้ำ

☐ **น้ำแหล่งน้ำธรรมชาติ**ที่ไม่ผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ
เช่น น้ำฝน น้ำบาดาล น้ำผิวดิน น้ำบ่อตื้น น้ำจากฝาย
น้ำอ่างเก็บน้ำ น้ำแม่น้ำ น้ำคลอง น้ำดิบเพื่อการประปา

● **น้ำเสีย/น้ำทิ้ง**
☐ น้ำเสีย ☐ น้ำทิ้ง

● **ตัวอย่างจากระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล**
☐ น้ำทิ้ง ☐ กากตะกอน

● **อื่นๆ**
☐ น้ำจากหอผึ่งเย็น ☐ น้ำจากระบบปรับอากาศ
☐ ตัวอย่าง Swab ☐ ระบุ.....

4.2 เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำที่ต้องการส่งตรวจ

● **มาตรฐานน้ำบริโภค/อุปโภค/น้ำแหล่งน้ำธรรมชาติ**
☐ เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ ตามประกาศกรมอนามัย พ.ศ. 2569
☐ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศ สธ. ฉบับที่ 61 (2524)/135 (2534) 31 รายการ
☐ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศ สธ. ฉบับที่ 61 (2524)/135 (2534) 13 รายการ
☐ เกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมน้ำบริโภค (มอก.257-2549) ตามประกาศ อก. พ.ศ. 2549
☐ เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาลเพื่อการบริโภค ตามประกาศ ทส. พ.ศ. 2551
☐ เกณฑ์คุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน ตามประกาศ คกก.สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2537
☐ เกณฑ์คุณภาพน้ำสระว่ายน้ำ ตามข้อบังคับกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2530
☐ เกณฑ์คุณภาพน้ำสระว่ายน้ำ ตามคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550

● **มาตรฐานน้ำเสีย/น้ำทิ้ง**
☐ เกณฑ์ควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ตามประกาศ ทส. พ.ศ. 2567
☐ ปริมาณไข่หนอนพยาธิและแบคทีเรียอี. โคไลฯ ตามประกาศ สธ. พ.ศ. 2561

● **อื่นๆ** (ระบุรายการทดสอบที่ต้องการ) .....
.....

4.3 การยืนยันกรณีสภาพตัวอย่างไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

หากพบว่าสภาพตัวอย่างไม่เหมาะสมและอาจส่งผลให้ผลการทดสอบคลาดเคลื่อน ผู้รับบริการประสงค์ให้ดำเนินการดังนี้
☐ ยืนยันให้ทดสอบต่อ (โดยยอมรับว่าผลการทดสอบอาจได้รับผลกระทบจากสภาพตัวอย่าง) ☐ ยกเลิกการทดสอบ

4.4 การจัดส่งตัวอย่าง

☐ ส่งด้วยตนเอง ☐ ส่งทางบริการขนส่งสาธารณะ (ระบุ).....

4.5 การรับรายงานผลการทดสอบ

☐ ส่งทางไปรษณีย์ ☐ มารับด้วยตนเอง
○ ส่งตามที่อยู่ในรายงานผล
○ อื่นๆ (ระบุ).....

4.6 คำขอเพิ่มเติม (คิดค่าธรรมเนียม)

☐ ระบุค่าความไม่แน่นอนของผลการทดสอบ (Uncertainty)
☐ ระบุการตัดสินผลทดสอบ (Decision rule)
☐ ไม่ประสงค์ให้ระบุคำขอเพิ่มเติม

ลงชื่อ .....(ผู้ส่งตัวอย่าง)
วันที่ส่งตัวอย่าง .....

เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ / ทบทวนคำขอ

ภาชนะบรรจุตัวอย่างที่ส่งทดสอบ

☐ แกลลอนพลาสติก 2 ลิตร ☐ แกลลอนพลาสติก 1 ลิตร ☐ แกลลอนพลาสติก (ไข่พยาธิ) 5 ลิตร
☐ แกลลอนพลาสติก 3 ลิตร ☐ แกลลอนพลาสติก 5 ลิตร ☐ กระปุกใส่กากตะกอน 400 กรัม
☐ ขวดพลาสติก 1 ลิตร ☐ ขวดแก้วสีชา 1 ลิตร ☐ กระปุกใส่กากตะกอน 100 กรัม
☐ ขวดพลาสติก 250 มล. ☐ ขวดแก้วใส (ขวด BOD) 300 มล. ☐ ขวดแก้วสีชาฝาเกลียว 40 มล.
☐ ขวดแบคทีเรีย 500 มล. ☐ ขวดแบคทีเรีย 125 มล. ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
☐ ขวดแบคทีเรีย 1,000 มล. ☐ ขวดแก้วสีชาฝาเกลียว 1 ลิตร

สภาพตัวอย่างขณะรับ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม สาเหตุ .....

อุณหภูมิขณะรับตัวอย่าง

☐ ไม่แช่เย็น
☐ แช่เย็น.....℃

ระยะเวลานับตั้งแต่เก็บตัวอย่าง

● ไม่แช่เย็น ☐ ภายใน 1 ชม. ☐ เกิน 1 ชม.
● แช่เย็น ☐ ภายใน 24 ชม. ☐ เกิน 24 ชม.

ผู้รับตัวอย่าง.....
วันที่/เวลา .....

ทบทวนคำขอรับบริการ

☐ สามารถให้บริการได้
☐ ไม่สามารถให้บริการได้ .....
ผู้ทบทวน ..... วันที่ทบทวน .....

ข้อมูลการชำระเงิน

ชำระค่าบริการในวันที่รับภาชนะเรียบร้อยแล้ว
โดย ○ เช็ค ○ โอนเงิน จำนวนเงิน.....บาท
ผู้รับเงิน ..... วันที่ .....

การเปลี่ยนแปลงคำขอรับบริการ/ข้อตกลง (ระบุรายละเอียด) .....
.....
ติดต่อผู้ขอรับบริการ วันที่..... แจ้งเจ้าหน้าที่ทดสอบ วันที่ ..... ลงชื่อ .....