

เอกสารประกอบการจัดเก็บฟันน้ำนม และฟันคุด เพื่อการจัดเก็บ Stem Cells

บริษัท ไบโอดีเดน เอเชีย จำกัด
38 อาคารคิวเฮาส์คอนเวนซ์ ชั้น 14
ยูนิต 14 D ถนนคอนเวนซ์ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทรศัพท์ : 02-6320042-44 โทรสาร : 02-6320042

Laboratory
131 อุทยานวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย
ห้องเลขที่ 307 B1/B2 ตึก Incubator wing
ถนนพหลโยธิน คลองหลวง ปทุมธานี 12120
โทรศัพท์ : 02-5647997 โทรสาร : 02-5647998

CODE NUMBER _____

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน วัน/เดือน/ปี เกิด.....

ชื่อ-นามสกุล บิดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ฟันของท่านหลุดวันที่.....เวลา.....หรือถูกถอนออกวันที่.....เวลา.....

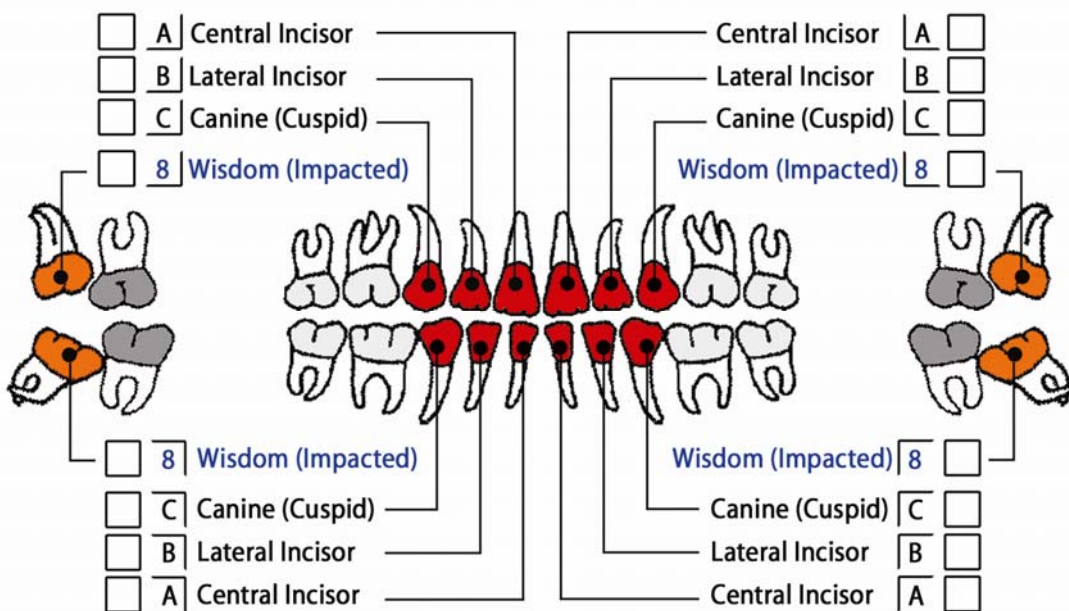
ท่านได้เก็บฟันที่หลุดหรือถอนออกทันทีใส่ในนมสดจืดที่ปราศจากเชื้อโรคในหลอดพลาสติกที่จัดให้ไว้

และเก็บในตู้เย็น 4°C _____ ไซ้ _____ ไม่ใช่

กรุณายำนำส่งฟันที่หลุดแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือจัดเก็บไม่ถูกต้องตามวิธีการที่ให้ไว้เพราะจะทำให้ไม่สามารถแยก Stem Cells ได้

โปรดระบุตำแหน่งของฟันที่จัดส่งห้องปฏิบัติการ โดยกาเครื่องหมาย ตรงตามซี่ของฟัน

Tooth Identification Chart



โทรแจ้ง บริษัท ไบโอดีเดนเอเชีย จำกัด โทร 081-3486363, 086-3306469, 081-4444960

ผู้ส่ง โรงพยาบาล/คลินิก.....

ชื่อผู้ส่ง.....วันที่ส่ง.....เวลา.....

ชื่อผู้รับ.....ถึงห้องแล็บวันที่.....เวลา.....