



เลขที่

ใบรับแจ้งการรับและส่งศพโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย

หอผู้ป่วย.....แจ้งให้รับศพ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น

โทร.....

ชื่อศพ.....อายุ.....ปี เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง

HN.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น

ประเภทของศพ/สาเหตุการตาย

- ☐ ตายผิดธรรมชาติ หรือเกิดคดี-สาเหตุ.....(ส่งนิติเวช)
☐ ตายธรรมชาติ ไม่ขอตรวจศพ-ชื่อโรค.....(ผู้ป่วยในทั่วไป)
☐ ตายธรรมชาติ ขอตรวจศพ-ชื่อโรค.....(ส่งพยาธิ)
ติดต่อรับศพกลับวันที่.....เวลา.....น

การดำเนินการรับศพ

☐ ญาติรับศพกลับ

☐ ยกศพให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติดำเนินการ หลังจากเก็บศพไว้ที่ห้องศพ ๗ - ๑๔ วัน

จากนั้นจะส่งศพฝัง ณ สุสาน ต่อไป

*กรณียกศพให้โรงพยาบาล กรอกเอกสารหนังสือให้ความยินยอมให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
จัดการศพ

ชื่อญาติผู้เสียชีวิต.....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อผู้แจ้งส่งศพ.....ตำแหน่ง.....

โครงการตาเชิงรุก รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- ดูด้วยไฟฉาย ☐ ดวงตากระจกตาดำใส ☐ ดวงตากระจกตาดำขุ่น
☐ สามารถขอรับบริจาคอวัยวะ/ดวงตาได้
☐ ไม่สามารถขอรับบริจาคอวัยวะ/ดวงตาได้
☐ ประสงค์ใช้บริการหลังการเสียชีวิต

กรณีบริจาคดวงตากับสมาคมตา

โทรแจ้งปรึกษาศูนย์ดวงตาทาขาด 08-1836492, 0-2256-4039, 0-2256-4040 ตลอด 24 ชั่วโมง

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับศพ

รับศพ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น

ส่งศพเก็บในตู้.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น

ชื่อผู้รับศพ/ผู้เก็บศพ (1).....

(2).....