

ใบนำส่งตัวอย่างน้ำนมวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เรื่อง ขอส่งตัวอย่างน้ำนมวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบคุณภาพสินค้าปศุสัตว์

ด้วยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอส่งตัวอย่าง

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ น้ำนมโครวมศูนย์ฯ/สหกรณ์ฯ
จำนวน.....ตัวอย่าง | ☐ น้ำนมโครวมฟาร์ม/รายฟาร์ม
จำนวน.....ตัวอย่าง | ☐ น้ำนมโครายตัว
จำนวน.....ตัวอย่าง |
| ☐ น้ำนมแพะรายฟาร์ม / รายตัว
จำนวน.....ตัวอย่าง | ☐ นมพาสเจอร์ไรส์จืด / หวาน
จำนวน.....ตัวอย่าง | ☐ อื่นๆ.....
จำนวน.....ตัวอย่าง |

ของฟาร์ม/สหกรณ์ฯ/ศูนย์ฯ/บริษัท.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

วันที่เก็บตัวอย่าง.....เวลา..... เพื่อดำเนินการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ตามรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม/โครงการ	☐ ตรวจสอบคุณภาพน้ำนมดิบ (ตามแผน) ☐ อนุเคราะห์ (โปรดระบุ รายการตรวจวิเคราะห์) ☐ ปศุสัตว์อินทรีย์ ☐ เฝ้าระวังสารตกค้างในน้ำนมโค
รายการตรวจวิเคราะห์	การวิเคราะห์ด้านกายภาพ ☐ จุดเยือกแข็ง (Freezing point) การวิเคราะห์ด้านจุลชีววิทยา ☐ จุลินทรีย์โคไลฟอร์ม (Coliform) ☐ จุลินทรีย์ทั้งหมด (Aerobic Plate Count :APC) ☐ จุลินทรีย์ทนร้อน (Laboratory Pasteurization Count :LPC) ☐ Reduction test - เมทิลีนบลู (Methylene blue) - รีซาซูรีน (Resazurin) การวิเคราะห์ด้านยาสัตว์เบื้องต้น ☐ ตรวจยาปฏิชีวนะตกค้างเบื้องต้น (Antibiotic residue screening test) การวิเคราะห์ด้านเคมี Milk composition (MS) ☐ ไขมัน (Fat) ☐ โปรตีน (Protein) ☐ แลคโตส (Lactose) ☐ เนื่อนมไม่รวมไขมันเนย (Solids Not Fat) ☐ เนื่อนมทั้งหมด (Total Solids) Somatic cell count (SCC) ☐ เซลล์ไขมันตก (Somatic cell) การวิเคราะห์อื่นๆ.....
วิธีทดสอบ	☐ ตามที่ห้องปฏิบัติการจัดให้ ☐ ตามวิธีที่ผู้ขอแจ้ง..... ☐ ตามมาตรฐาน (ระบุ).....
การตัดสินผลทดสอบ	☐ พิจารณาความสอดคล้องกับมาตรฐาน/กฎหมาย โดยไม่ใช้ค่าความไม่แน่นอนของการทดสอบ ☐ ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาตัดสินใจที่ทางผู้ขอรับบริการระบุ..... ☐ ไม่ประสงค์ให้ห้องปฏิบัติการทดสอบ ดำเนินการตัดสินผลทดสอบ
การรับผลการทดสอบ	☐ ห้องปฏิบัติการส่งผลให้ทางจดหมาย ที่อยู่..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

สำหรับเจ้าหน้าที่

สิ่งแนบ

ลักษณะตัวอย่าง

☐ Flash drive สภาพตัวอย่าง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
☐ CD ภาชนะบรรจุ ☐ ขวดแก้ว ☐ ขวด/หลอดพลาสติก
☐ เอกสารรายละเอียดตัวอย่าง ปริมาตรตัวอย่าง ☐ ≥150 ml ☐ ≥25 ml

สรุป

จำนวนตัวอย่างที่รับ.....ตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่างที่คืน.....ตัวอย่าง เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้จัดการฟาร์ม/สหกรณ์ฯ/ศูนย์ฯ/บริษัท

ลงชื่อ.....
(.....)
เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่าง

ได้ตรวจสอบจำนวนและชนิดตัวอย่างถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

วันที่.....เวลา.....

หมายเหตุ

- เริ่มรับตัวอย่างตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 11.30 น. และ เวลา 13.00 น. ถึง 15.00 น.
- รับรายงานและสอบถามผลทดสอบได้ที่ธุรการกลุ่มตรวจสอบคุณภาพนมและผลิตภัณฑ์นม โทร 0 2967 9732