

Documents & Data Control

CONTROLLED COPY NO.1

แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยพาหะ/โรคธาลัสซีเมีย

ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19/1 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

Tel. : 0-5446-6666 ต่อ 7277 Email : Upthal.report@gmail.com



Lab Number :

(เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น)

วันที่ส่งตัวอย่าง :

รหัสโรงพยาบาล :

โรงพยาบาล :

จังหวัด :

แพทย์ผู้ส่ง :

ชื่อ-สกุล : เลขบัตรประชาชน :

HN. : อายุ..... เบอร์โทรศัพท์ :

สิทธิการรักษา : น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ประวัติการรับเลือด

☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ

ชนิดตัวอย่าง : วันที่เก็บตัวอย่าง : เวลาที่เก็บตัวอย่าง :

ผลการตรวจคัดกรอง :

วัตถุประสงค์ของการวินิจฉัย

- ☐ Hb E screening test (Q-sepharose microcolumn chromatography)
- ☐ Hemoglobin typing (Hb typing)
- ☐ Alpha-thalassemia 1, deletion with PCR (SEA deletion and THAI deletion)
- ☐ Beta-thalassemia mutation with HRM analysis
- ☐ Beta-thalassemia mutation with HRM analysis and DNA sequencing technique
- ☐ Alpha-thalassemia deletion with PCR (SEA deletion and THAI deletion, 3.7 kb. Deletion and 4.2 kb. Deletion)
- ☐ Alpha-thalassemia non-deletion with HRM analysis (Hb Constant Spring and Hb Pakse)
- ☐ Fast track thalassemia (Hb typing, Alpha-thalassemia 1 and Beta-thalassemia mutation with HRM analysis)
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เบอร์โทรศัพท์ผู้ส่งตัวอย่าง.....

หมายเหตุ: 1. ปริมาณ EDTA Blood ที่ส่งตรวจ ควรมีปริมาตรอย่างน้อย 2.5 mL

2. โปรดระบุวันที่เก็บตัวอย่าง เวลาที่เก็บตัวอย่าง รายการที่ส่งตรวจ และข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจน