

Documents & Data Control

CONTROLLED COPY NO.1

แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยเพื่อกำหนดความเสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย

ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19/1 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

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



วันที่ส่งตัวอย่าง : ..... แพทย์ผู้ส่ง : .....

โรงพยาบาล : ..... รหัสโรงพยาบาล : ..... จังหวัด : .....

\*Lab No. .... ชื่อ-สกุล (หญิงฝากครรภ์) : ..... อายุครรภ์ : .....

HN : ..... เลขบัตรประชาชน : ..... เบอร์โทรศัพท์ : .....

น้ำหนัก : ..... กก. ส่วนสูง : ..... ซม.

ประวัติการได้รับเลือด  ไม่ได้รับเลือด  ได้รับเลือดครั้งล่าสุด เมื่อ .....

ผลการตรวจคัดกรอง : .....

\*Lab No. .... ชื่อ-สกุล (สามี) : .....

HN : ..... เลขบัตรประชาชน : ..... เบอร์โทรศัพท์ : .....

น้ำหนัก : ..... กก. ส่วนสูง : ..... ซม.

ประวัติการได้รับเลือด  ไม่ได้รับเลือด  ได้รับเลือดครั้งล่าสุด เมื่อ .....

ผลการตรวจคัดกรอง : .....

สิทธิการรักษา : ..... วันที่เก็บตัวอย่าง : ..... เวลาที่เก็บตัวอย่าง : .....

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. \* หมายถึง Lab No. ของศูนย์บริการธาลัสซีเมียเท่านั้น

2. ปริมาณ EDTA Blood ที่ส่ง อย่างน้อย 2.5 ml.

3. โปรดระบุวันที่เก็บตัวอย่าง เวลาที่เก็บตัวอย่าง และข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจน กรณีมีผลตรวจคัดกรองแล้ว กรุณาระบุผลแล้วเลือกแนวทางส่งตรวจให้ครบถ้วน