

Documents & Data Control

CONTROLLED COPY NO.1

แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดคู่เสี่ยงที่อาจให้บุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

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 (หญิงฝากครรภ์) : เลขบัตรประชาชน :

HN. : เบอร์โทรศัพท์ : อายุครรภ์ :

น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ผลตรวจวินิจฉัยพาหะของโรคธาลัสซีเมีย :

ชื่อ-สกุล (สามี) : เลขบัตรประชาชน :

HN. : เบอร์โทรศัพท์ :

น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ผลตรวจวินิจฉัยพาหะของโรคธาลัสซีเมีย :

สิทธิการรักษา :

วันที่เก็บตัวอย่าง : เวลาที่เก็บตัวอย่าง :

วัตถุประสงค์ของการวินิจฉัย

- ☐ 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

ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เบอร์โทรศัพท์ผู้ส่งตัวอย่าง.....

- หมายเหตุ :**
- กรณีส่งน้ำคร่ำ เพื่อตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด แล้วคู่สามีภรรยาไม่ได้ส่งคัดกรองคู่เสี่ยงที่ห้องปฏิบัติการศูนย์บริการธาลัสซีเมีย ต้องส่งตัวอย่าง EDTA Blood ปริมาตรอย่างน้อย 2.5 ml ของคู่สามีภรรยาด้วย
 - ระบุวันที่และเวลาที่เก็บตัวอย่างเลือดและน้ำคร่ำให้ชัดเจน