


ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย .....

H.N.....วันเกิด.....อายุ.....ปี วันที่เก็บตัวอย่าง..... (เขียนตัวบรรจง/ ติด Sticker)

ชื่อแพทย์ผู้ส่ง.....Ward/ OPD/ โรงพยาบาล..... (เขียนตัวบรรจง)

ในกรณีที่ผลผิดปกติหรือมีปัญหาต้องติดต่อและแจ้งผลเบื้องต้นทางโทรศัพท์ โปรดระบุชื่อผู้มีอำนาจรับผล.....โทรศัพท์.....

## กรุณาเลือกชนิดการทดสอบ

<b>Chromosome Study (Banding Karyotype)</b>	<input type="checkbox"/> Chromosome Analysis สำหรับน้ำคร่ำ หรือชิ้นเนื้อ <input type="checkbox"/> Chromosome Analysis สำหรับเลือด หรือไขกระดูก	ตรวจสอบรหัสกรรมบัญญัติกลางและราคาค่าตรวจได้ที่ QR Code
<b>Chromosomal Microarray</b>	<input type="checkbox"/> Microarray (Prenatal) <input type="checkbox"/> Microarray (Postnatal) ต้องแนบหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เรื่องงานบริการทางเวชศาสตร์จีโนม	
<b>Fluorescence in situ Hybridization</b>	<input type="checkbox"/> FISH for Trisomy 13 <input type="checkbox"/> FISH for Trisomy 18 <input type="checkbox"/> FISH for Trisomy 21 <input type="checkbox"/> FISH for DiGeorge syndrome <input type="checkbox"/> FISH for Williams syndrome <input type="checkbox"/> FISH for Prader-Willi/Angelman syndrome <input type="checkbox"/> FISH for Chromosome X, Y (SRY gene) <input type="checkbox"/> Interphase FISH for PML/RARA t(15;17)	
<b>Other</b>	<input type="checkbox"/> ติดต่อบริการห้องปฏิบัติการก่อน ระบุ.....	

## กรรมารระบุชนิดสิ่งส่งตรวจ

- Amniotic Fluid (AF)     Chorionic Villus Sampling (CVS)     Umbilical Cord Blood     Abortus     Skin  
 Cord Blood (หลังคลอด)     Peripheral Blood     Bone Marrow Aspirate     Other (ระบุ).....

## การตรวจก่อนคลอด

## กรรมารระบุข้อบ่งชี้

- Advanced Maternal Age     Positive Maternal Serum Screening     High Risk NIPT Result (ระบุ).....  
 Family History of Chromosomal Abnormalities (ระบุโครโมโซมผิดปกติ/ความเกี่ยวข้องในครอบครัว) (ระบุ).....  
 Chromosomal Abnormalities in Previous Pregnancy (ระบุ).....  
 Abnormal Ultrasound Findings (ระบุ).....  
 Other (ระบุ).....

GA by Ultrasound.....  
LMP.....G.....P.....A.....  
Fetal Sex (if known):  M  F

## การตรวจหลังคลอด

## กรรมารระบุข้อบ่งชี้

- Multiple Congenital Anomalies     Mental Retardation/ Delayed Development     Ambiguous Genitalia  
 Trisomy 13     Trisomy 18     Trisomy 21     Family History of Chromosomal Abnormality (ระบุ).....  
 Turner     Klinefelter     Primary Amenorrhea     Habitual Abortion     Infertility  
 Other (ระบุ).....

## โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/ต่อมน้ำเหลือง

## กรรมารระบุข้อบ่งชี้

- CML     AML     MDS     Myeloma     ALL     CLL     MPN  
 ET     Pancytopenia     Bicytopenia     B-cell Lymphoma     T-cell Lymphoma  
 Non-Hodgkin's Lymphoma     Post-transplant ระบุ Sex of Donor:  M  F     Other (ระบุ).....

## กรรมารระบุข้อมูลทางคลินิก ประวัติครอบครัวหรือพิมพ์ประวัติผู้ป่วยโดยย่อแนบมาด้วยเพื่อประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ

.....  
.....  
.....

## แพทย์ผู้ส่งตรวจรับทราบและยืนยันให้ตรวจสิ่งส่งตรวจที่ไม่ได้มาตรฐานต่อไปนี้ (ซึ่งอาจไม่ได้ผลการตรวจหรือได้ไม่ครบมาตรฐาน)

- น้ำคร่ำปนเลือด     น้ำคร่ำปนซีเทา     ปริมาตรน้ำคร่ำ <10 ml     น้ำคร่ำเจาะที่อายุครรภ์ ≤ 15 สัปดาห์หรือ ≥ 20 สัปดาห์  
 เลือดแข็งตัว     ไขกระดูกจาง     ไขกระดูกหนืด     เลือด/ ไขกระดูกปริมาตร ≤ 1 ml    ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

สำหรับห้องปฏิบัติการ ชื่อ-สกุล.....HN.....Lab No.....

วันที่รับ...../...../..... เวลา..... ผู้รับ..... ผู้ส่ง.....

ลักษณะสิ่งส่งตรวจ  ไส้     ปนซีเทา     ปนเลือด     ชून     อื่น ๆ ระบุ.....ปริมาตร ...../...../..... ml ภาชนะ:  Syringe     Plastic tube     Heparin tube     EDTA tube     อื่น ๆ ระบุ.....