

### แบบลงทะเบียนบริการตรวจยีน **BRCA1, BRCA2** ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รหัสหน่วยบริการ .....  
ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม วันที่ ..... / ..... / ..... เจาะเลือด วันที่ ..... / ..... / .....

#### กรณารับข้อมูลให้ครบถ้วน

**กรณีที่ 1 ผู้ป่วย** ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมความเสี่ยงสูง โดยมีข้อบ่งชี้ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

ชื่อ-สกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน ----

วัน/เดือน/ปี เกิด ..... / ..... / ..... H.N. ....

ได้รับการวินิจฉัย โรคมะเร็งเต้านม \* **ICD-10 รหัส.....**

MALIGNANT NEOPLASM OF  
C500 \_ breast, nipple and areola  
C501 \_ central portion of breast  
C502 \_ upper-inner quadrant of breast  
C503 \_ lower-inner quadrant of breast  
C504 \_ upper-outer quadrant of breast  
C505 \_ lower-outer quadrant of breast  
C506 \_ axillary tail of breast  
C508 \_ overlapping lesion of breast  
C509 \_ breast, unspecified  
  
CARINOMA IN SITU OF BREAST,  
D050 \_ lobular carcinoma in situ  
D051 \_ intraductal carcinoma in situ  
D059 \_ unspecified  
D057 Other carcinoma in situ of breast

1) ทุกช่วงอายุ

1.1  เป็นมะเร็งเต้านมชนิด **Triple Negative** (ER, PR, HER-2)

1.2  เป็นมะเร็งเต้านมใน **เพศชาย**

2) อายุ **น้อยกว่า** หรือ เท่ากับ 45 ปี

3) อายุ **มากกว่า** 45 ปี ถึง 50 ปี *ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้*

3.1  มีประวัติมะเร็งเต้านม **ปฐมภูมิ** *มากกว่า 1 ตำแหน่ง* (อาจเป็นในช่วงเวลาเดียวกัน หรือ ช่วงเวลาที่ต่างกัน)

3.2  มีประวัติในญาติสายตรง *อย่างน้อย 1 คน*

เป็นโรคมะเร็งเต้านม หรือ  มะเร็งรังไข่ หรือ  มะเร็งตับอ่อน หรือ  มะเร็งต่อมลูกหมาก

4) อายุ **มากกว่า 50 ปี**ขึ้นไป *ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้*

4.1  มีประวัติในญาติสายตรง *อย่างน้อย 1 คน*

เป็นโรคมะเร็งเต้านม (อายุน้อยกว่า 50 ปี หรือ มะเร็งเต้านมเพศชาย) หรือ

มะเร็งรังไข่ หรือ  มะเร็งตับอ่อน หรือ  มะเร็งต่อมลูกหมาก

4.2  มีประวัติในครอบครัวสายตรง *อย่างน้อย 2 คน* ที่เป็นมะเร็งเต้านม หรือ มะเร็งต่อมลูกหมาก

4.3  มีประวัติผู้ป่วยในครอบครัว *อย่างน้อย 3 คน* ที่เป็นมะเร็งเต้านม

**กรณีที่ 2 ญาติสายตรง** ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน **BRCA1** หรือ **BRCA2**

ญาติสายตรง ชื่อ-สกุล ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... / ..... / .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  บิดา  มารดา  พี่น้อง  บุตร

ชื่อ-สกุล (ผู้ป่วย) ..... วัน/เดือน/ปี เกิด ..... / ..... / .....

เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย ----

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา \* ..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ \* .....

ผู้จัดทำ.....  
(อ. นพ. จิรกิตติ สัตยาภรณ์พัฒนา)

ผู้ตรวจสอบ.....  
(น.ส. ปทุมมา ลินธุเจริญ)

ผู้อนุมัติ.....  
(อ. นพ. วีระชัย สมัย)