

ใบขอตรวจ การทดสอบหาการกลายพันธุ์บนยีน **BRCA1, BRCA2**

ข้อมูลผู้ป่วย / ผู้รับการทดสอบ	ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ
ชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ H.N. อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย วัน เดือน ปีเกิด/...../..... <input type="checkbox"/> หญิง โทร. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เชื้อชาติ	ชื่อแพทย์ผู้ส่ง * (ตัวบรรจง) สถานพยาบาล * โทร. * E-mail วันที่ส่งการทดสอบ
ข้อมูลทางคลินิก	ข้อมูลสิ่งส่งตรวจ
การวินิจฉัย/วินิจฉัยแยกโรค <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ (ระบุความสัมพันธ์) กรุณาระบุข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม/ประวัติมะเร็งในครอบครัว/พงศาวลี หรือ พิมพ์ประวัติครอบครัวโดยย่อแนบมาด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ	วันที่ เก็บตัวอย่าง เวลา น. ผู้เก็บ/ผู้ส่ง ชนิดของตัวอย่าง <input type="checkbox"/> Blood (EDTA tube 6 mL) <input type="checkbox"/> Blood (Cell-free DNA tube) <input type="checkbox"/> DNA (conc. ng/μL, vol. μL) <input type="checkbox"/> Other
การทดสอบที่ส่งตรวจ * <input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2 genes [Next-generation sequencing] <input type="checkbox"/> Sanger sequencing (of known variant) ระบุ	กรณีเข้าข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ สปสช. ต้องแนบเอกสารเพิ่ม ได้แก่ “แบบลงทะเบียนบริการตรวจยีน BRCA1, BRCA2 ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ”
สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	
ข้อมูล ชื่อ-นามสกุล H.N. โรงพยาบาล บนหลอดเลือดตรงกับใบขอตรวจ สภาพหลอดเลือด ปริมาณเลือด ชนิด/ปริมาณ/จำนวนสิ่งส่งตรวจ	ผู้รับตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายเหตุ <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายเหตุ วันที่รับตัวอย่าง เวลา น

ผู้จัดทำ.....
 (อ.นพ.จิรกิตติ์ สัตยาภรณ์พัฒน์)

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

ผู้อนุมัติ.....
 (อ.นพ.วิระชัย สมัย)