



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยระดับโมเลกุล (Molecular Diagnostics Request Form)

ข้อมูลผู้ป่วย (ติดสติ๊กเกอร์ได้)	ข้อมูลแพทย์ส่งตรวจ						
ชื่อ-สกุล	ชื่อแพทย์ผู้ส่ง (ตัวบรรจง)						
HN..... อายุ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	Ward/OPD/โรงพยาบาล						
ว.ค.ป.เกิด...../...../..... อายุครรภ์.....(เฉพาะตรวจก่อนคลอด*)	E-mail..... โทร.....						
ข้อมูลทางคลินิก	ข้อมูลสิ่งส่งตรวจ						
การวินิจฉัยโรค..... กรุณาระบุข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม/ประวัติครอบครัว/พงศาวลีหรือพิมพ์ประวัติครอบครัวโดยย่อแนบมาด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ	วันที่เก็บ/...../..... เวลา..... ผู้เก็บ/ส่ง..... ☐ EDTA blood ☐ DNA (.....ng/μL, total..... μL) ☐ EDTA Bone marrow ☐ Amniotic fluid (AF)* ☐ Other.....						
1. ทุกการส่งตรวจต้องแนบหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779) เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์โณม 2. การตรวจก่อนคลอด*ต้องแนบหลักฐานที่ผู้ป่วยลงนามรับทราบใบแสดงเจตนายินยอม 2 ใบ คือ รับทราบการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจดีเอ็นเอก่อนคลอด และหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์โณม	สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ						
	ผู้รับตัวอย่าง.....วันที่รับ...../...../..... เวลา.....						
	ชนิดสิ่งส่งตรวจ/ปริมาณ/จำนวน.....						
	<table border="1"> <tr> <th>สภาพตัวอย่าง</th> <th>ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....</th> </tr> <tr> <td>☐ ผ่าน</td> <td>HN.....</td> </tr> <tr> <td>☐ ไม่ผ่าน.....</td> <td>โรงพยาบาล.....</td> </tr> </table>	สภาพตัวอย่าง	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....	☐ ผ่าน	HN.....	☐ ไม่ผ่าน.....	โรงพยาบาล.....
สภาพตัวอย่าง	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....						
☐ ผ่าน	HN.....						
☐ ไม่ผ่าน.....	โรงพยาบาล.....						

Molecular Genetic Testing (DNA analysis)

Neurological Disorders (21) ①	Hematological Disorders (10) ②	Pharmacogenetic Testing (11) ⑤
☐ Adrenoleukodystrophy, ALD ☐ ARX common mutation screening (exon 2) ☐ ARX whole gene sequencing (5 exons) ☐ Charcot-Marie-Tooth type 1 and HNPP (PMP22) ☐ DMRV (GNE) Mutation ☐ Dopa-responsive Dystonia (DYT1)/ Primary Torsion Dystonia (PTD) ☐ Duchenne/Becker Muscular Dystrophy - MLPA ☐ Duchenne/Becker Muscular Dystrophy - Linkage ☐ Dysferlinopathy (Dysferlin) ☐ Fragile X Syndrome ☐ *Prenatal diagnosis for Fragile X syndrome ☐ Huntington Disease ☐ Kennedy Disease (SBMA) ☐ Metachromatic Leukodystrophy, MLD ☐ Nemaline Myopathy (ACTA1) ☐ Oculopharyngeal Muscular Dystrophy (OPMD) ☐ Prader-Willi/Angelman Syndrome analysis (MS-PCR) ☐ Rett Syndrome (MECP2) ☐ Spinal Muscular Atrophy (SMA) ☐ Spinocerebellar Ataxia type 1, 2, 3 ☐ Wilson Disease Mutation	☐ Factor XI Deficiency (F11) ☐ Factor XII / Hageman Deficiency (F12) ☐ Hemochromatosis (HFE) ☐ Hemophillia A (F8) Linkage ☐ Hemophillia A (F8) Mutation ☐ Hemophillia A (F8) Intron 22 Inversion ☐ Hemophillia B (F9) Mutation ☐ Thrombophilia-FII & FV HK ☐ Thrombophilia-FV Leiden ☐ Thrombophilia-MTHFR ☐ Hereditary cancers (3) ③ ☐ MEN 1 Gene Mutation Analysis ☐ MEN 2A, MEN 2B (RET) Mutation ☐ Von Hippel-Lindau Disease (VHL) ☐ Mitochondrial Diseases (3) ④ ☐ Kearns Sayre Syndrome (KSS/CPEO) ☐ Leber Hereditary Optic Neuropathy (LHON) ☐ MELAS, MERRF, NARP	☐ HLA-B*15:02 Screening (Carbamazepine) ☐ HLA-B*58:01 Screening (Allopurinol) ☐ HLA-B*13:01 ☐ CYP2C19 Genotyping (Clopidogrel) ☐ CYP2C9 Genotyping (Warfarin) ☐ CYP2B6 polymorphism ☐ CYP2D6 polymorphism (4 SNPs) ☐ CYP3A5 polymorphism ☐ TPMT*3C Genotyping ☐ TPMT activity (ติดต่อน้องปฏิบัติการ ทุกครั้งก่อนส่งตรวจ) ☐ VKORC1 Genotyping (Warfarin)
การทดสอบเพิ่มเติม โปรดพลิกด้านหลัง		



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยระดับโมเลกุล (Molecular Diagnostics Request Form)

Molecular Genetic Testing (DNA analysis)

Pharmacogenetics testing in other drugs (30) 6	Other Genetic testing (13) 7
☐ Acetaminophen (CYP2D6)	☐ CADASIL (NOTCH 3) Mutation
☐ Amitriptyline (CYP2D6)	☐ Crigler-Najjar Syndrome (UGT1A1)
☐ Aripiprazole (CYP2D6)	☐ Deafness (CX26/GJB2) Mutation
☐ Atomoxetine Strattera (CYP2D6)	☐ FGFR2 Mutation
☐ Carvedilol (CYP2D6)	☐ FGFR3 Mutation
☐ Citalopram (CYP2D6)	☐ Greig Cephalopolysyndactyly Syndrome
☐ Clomipramine (CYP2D6)	☐ Goldmann-Favre Syndrome
☐ Clozapine (CYP2D6)	☐ GNAS1 Mutation
☐ Desloratadine (CYP2D6)	☐ Hyperuricemia (HPRT1)
☐ Dextromethorphan (CYP2D6)	☐ Marfan (FBN1) Mutation
☐ Fluoxetine (CYP2D6)	☐ Pancreatitis (PRSS1)
☐ Galantamine (CYP2D6)	☐ Pancreatitis (SPINK1)
☐ Gefitinib (CYP2D6)	☐ PCR for SRY gene
☐ Imipramine (CYP2D6)	Special testing (16) (กรุณาดำเนินการก่อนส่งตรวจ) 8 ☐ DNA extraction and preparation ☐ DNA targeted gene sequencing for lymphoid neoplasm by Next generation sequencing ☐ DNA targeted gene sequencing for myeloid neoplasm by Next generation sequencing ☐ Mitochondrial Disorders (nuclear DNA) panel ☐ Mitochondrial DNA Analysis panel 6 genes (Hotspots) ☐ *QF-PCR for Aneuploidy Screening (Chromosome 13,18,21) ☐ NIPT (Non-invasive Prenatal testing) ☐ Next generation sequencing for diagnostic panel ☐ PCR 1 Fragment ☐ PCR 3 Fragments ☐ PCR 5 Fragments ☐ PCR 10 Fragments ☐ PCR 15 Fragments ☐ PCR 30 Fragments ☐ Sequencing with dye 5 reactions ☐ Sequencing with dye 10 reactions
☐ Metoprolol (CYP2D6)	
☐ Nortriptyline (CYP2D6)	
☐ Olanzapine (CYP2D6)	
☐ Paroxetine (CYP2D6)	
☐ Perphenazine (CYP2D6)	
☐ Pimozide (CYP2D6)	
☐ Propafenone (CYP2D6)	
☐ Propranolol (CYP2D6)	
☐ Protriptyline (CYP2D6)	
☐ Risperidone (CYP2D6)	
☐ Terbinafine (CYP2D6)	
☐ Tetrabenazine (CYP2D6)	
☐ Thioridazine (CYP2D6)	
☐ Timolol (CYP2D6)	
☐ Tolterodine (CYP2D6)	
☐ Trimipramine (CYP2D6)	

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

หน่วยตรวจวินิจฉัยระดับโมเลกุล งานพยาธิวิทยาโมเลกุล สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถ.กาญจนวนิชย์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์: 074-455-000 ต่อ 15981

Email: psu.molgenetics@gmail.com

Website: <https://pathology.medicine.psu.ac.th/home/>



QR code website

สำหรับ download เอกสารและ
รายละเอียดข้อมูลการทดสอบ

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์จีโนม

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ☐ ตนเอง ☐ ผู้แทนโดยเป็น.....ของผู้ป่วย
อนุญาตให้เก็บตัวอย่างตรวจเลือดของข้าพเจ้าหรือผู้ที่อยู่ในการดูแลของข้าพเจ้า (ถ้าเก็บตัวอย่างอื่นที่ไม่ใช่เลือด โปรดระบุ.....) เพื่อ
ประโยชน์ในงานบริการเวชศาสตร์จีโนมสำหรับการวินิจฉัยโรค/ติดตามการรักษาโรค.....ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิก
ครอบครัวมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าวดังนี้

1. บริการเวชศาสตร์จีโนม หมายถึง ตรวจวิเคราะห์ การวินิจฉัย การแนะนำการให้ยา การดูแลรักษาพยาบาล พยากรณ์โรค การประเมินความเสี่ยง ของ
การเกิดโรคและการป้องกันโรคโดยอาศัยศาสตร์หรือเทคโนโลยีพันธุศาสตร์ในระดับโมเลกุล รวมถึงการให้คำปรึกษา การติดตามผลการบริการเวช
ศาสตร์จีโนม
2. วัตถุประสงค์ของการตรวจ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของโรค และ/หรือค้นคว้าหาความรู้ใหม่ทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวกับ
โรค หรือกลุ่มอาการที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนเพื่อการเลือกยาที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งความ
ผิดปกติทางพันธุกรรมของมะเร็งโดยตรวจเลือดหรือชิ้นเนื้อเพื่อบ่งบอกการพยากรณ์โรค และประกอบการพิจารณาให้หรือไม่ให้ยารักษาบางชนิด
3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อโรค การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค
รวมถึงความเสี่ยงต่อการแพ้ยาบางชนิดหรือการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกันไป เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การยืนยันการวินิจฉัยโรค
หรือ การเป็นพาหะถ่ายทอดโรค ตลอดจนการเลือกยาที่เหมาะสม
4. การตรวจดังกล่าวจะกระทำโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้ากับบุคคลอื่นก่อนได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า ยกเว้นเพื่อประโยชน์เกี่ยวข้องกับการ
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
5. การเก็บตัวอย่างตรวจนี้จะกระทำโดยการเจาะเลือดดำ ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร (หรือโดยวิธีอื่นคือ.....) ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อน
หรือผลข้างเคียงของการเจาะเลือดดำ คือ ความเจ็บปวด เลือดซึม หรือการติดเชื้อ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก และถ้าหากเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ได้รับมอบหมาย
6. ข้าพเจ้า ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต ให้นำตัวอย่างทางชีวภาพที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์และข้อมูลทางพันธุกรรม ใช้เป็นตัวอย่างควบคุม
คุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาการให้บริการและความแม่นยำในการตรวจบริการ โดยไม่ระบุที่มาของสิ่งส่งตรวจจนทำให้ติดตามแหล่งที่มาได้
7. ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลือกให้สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลที่ข้าพเจ้ามอบหมาย รับทราบผลการตรวจของข้าพเจ้าได้
☐ อนุญาต (ระบุชื่อ.....) หรือ
☐ ไม่อนุญาต
8. ข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีการป้องกันการสูญหาย หรือการเสียหายของข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต และ
เก็บรักษาไว้ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับแต่วันที่ทำ ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูลคือเก็บไว้ในระยะเวลายาวไม่มีกำหนด จนกว่า
ข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการเก็บข้อมูลใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าสามารถแสดงความจำนงให้บุคคลที่ระบุไว้ หรือทายาทโดยธรรมนำข้อมูลพันธุกรรมของข้าพเจ้า
ไปใช้ได้
9. การตรวจสารพันธุกรรมของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวข้าพเจ้า มีโอกาสที่จะพบว่าสมาชิกของครอบครัวข้าพเจ้าบางคน ไม่มีความเกี่ยวข้องทาง
สายญาติกับข้าพเจ้าหรือครอบครัวของข้าพเจ้า ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกครอบครัว
ของข้าพเจ้า

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง งานบริการทางเวชศาสตร์จีโนม

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....)

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่นๆ.....ของผู้ป่วย
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่นๆ.....ของผู้ป่วย
วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....) วันที่ (...../...../.....)

ตำแหน่ง.....