

CONTROLLED COPY No.1



แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยพาหะ/โรคธาลัสซีเมีย

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 : เลขบัตรประชาชน :

HN. : อายุ : เบอร์โทรศัพท์ :

สิทธิการรักษา : น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ประวัติการรับเลือด

☐ ไม่ได้รับเลือด☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ

ชนิดตัวอย่าง : วันที่เก็บตัวอย่าง :

ผลการตรวจคัดกรอง :

วัตถุประสงค์ของการวินิจฉัย

- ☐ Hemoglobin typing (Hb typing)
- ☐ Alpha-thalassemia 1 PCR (SEA and THAI deletion)
- ☐ Alpha-thalassemia 2 (3.7 kb. deletion, 4.2 kb. Deletion), Hb Constant spring and Hb Pakse
- ☐ Beta-thalassemia mutation
- ☐ Fast track thalassemia (Hb typing, Alpha-thalassemia 1 PCR and Beta-thalassemia mutation)
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เบอร์โทรศัพท์ผู้ส่งตัวอย่าง.....

- หมายเหตุ :
1. ปริมาณ EDTA Blood ที่ส่ง อย่างน้อย 2.5 ml.
 2. โปรดระบุวันเจาะเลือด รายการส่งตรวจ และข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจน