



แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยเพื่อกำหนดคู่เสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย

ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19/1 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

Tel : 0-5446-6666 ต่อ 7277 Email : Upthal.report@gmail.com

วันที่ส่งตัวอย่าง :

รหัสโรงพยาบาล :

โรงพยาบาล :

จังหวัด :

แพทย์ผู้ส่ง :

*Lab No. ชื่อ-สกุล (หญิงฝากครรภ์) : อายุครรภ์ :

HN : รหัสบัตรประชาชน : เบอร์โทรศัพท์ :

น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ประวัติการได้รับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ

ผลการตรวจคัดกรอง :

*Lab No. ชื่อ-สกุล (สามี) :

HN : รหัสบัตรประชาชน : เบอร์โทรศัพท์ :

น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ประวัติการได้รับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ

ผลการตรวจคัดกรอง :

สิทธิการรักษา : วันที่เก็บตัวอย่าง :

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

ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เบอร์โทรศัพท์ผู้ส่งตัวอย่าง.....

หมายเหตุ : 1. * หมายถึง Lab No. ของหน่วยธาลัสซีเมียเท่านั้น

2. ปริมาณ EDTA Blood ที่ส่ง อย่างน้อย 2.5 ml.

3. ระบุวันเจาะเลือดให้ชัดเจน

4. กรณีมีผลตรวจคัดกรองแล้วกรุณาระบุผลแล้วเลือกแนวทางส่งตรวจให้ครบถ้วน ชัดเจน