



ใบส่งตรวจ Chromosome analysis (Karyotyping)

(สำหรับหน่วยเวชพันธุศาสตร์ใช้งาน)

หน่วยเวชพันธุศาสตร์ทางการแพทย์ ชั้น 7 ภาควิชาจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-411-2258 ต่อ 171, 174, Fax 02-412-4110

กรุณากรอกข้อมูลให้ สมบูรณ์และชัดเจนทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในการตรวจวิเคราะห์และการแปลผล

1. ข้อมูลผู้ป่วย* ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย วัน/เดือน/ปี เกิด..... H.N/REF..... <input type="checkbox"/> หญิง หน่วยงานส่งตรวจ..... โทร..... วันที่ส่งตรวจ.....		ปิดสติ๊กเกอร์ข้อมูลผู้ป่วยที่นี่
2. แพทย์ผู้ส่งตรวจ* ชื่อ-นามสกุล..... โทร..... ผู้ติดต่อกรณีมีปัญหาหรือต้องแจ้งผลเบื้องต้น ชื่อ..... โทร.....		
3. ข้อบ่งชี้การส่งตรวจ* เลือกให้ข้อมูลใน A. หรือ B.		
A – Postnatal / Constitutional Analysis (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> Down syndrome <input type="checkbox"/> Turner syndrome <input type="checkbox"/> ≥ 3 miscarriages <input type="checkbox"/> Trisomy..... <input type="checkbox"/> Short Stature <input type="checkbox"/> Infertility <input type="checkbox"/> Developmental delay <input type="checkbox"/> Amenorrhea <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Klinefelter syndrome <input type="checkbox"/> Neonatal death <input type="checkbox"/> Dysmorphic features <input type="checkbox"/> Ambiguous genitalia <input type="checkbox"/> Multiple congenital anomalies <input type="checkbox"/> Testicular feminization <input type="checkbox"/> Failure to thrive (FTT) <input type="checkbox"/> Undescended testis <input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัวมีความผิดปกติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		B – Prenatal Analysis G..... P..... A..... LMP..... GA (by LMP or U/S)..... week..... day Indication / Referral Reason <input type="checkbox"/> Advanced maternal age <input type="checkbox"/> Abnormal ultrasound findings <input type="checkbox"/> Positive serum screening <input type="checkbox"/> Previous pregnancy with chromosomal abnormalities <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
ประวัติและการตรวจร่างกาย (ข้อมูลเพิ่มเติม)		
4. สิ่งส่งตรวจ* # วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ..... เวลา..... # <input type="checkbox"/> Amniotic fluid 15 – 20 mL <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/> Peripheral blood (Heparinized) 3 – 5 mL ควรนำตัวอย่างส่งถึงหน่วยเวชพันธุศาสตร์ทันที กรณีที่ไม่สามารถส่งได้ในเวลาทำการ ให้เก็บรักษาที่ 4 – 8 °C และนำส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง *นำส่งที่อุณหภูมิไม่เกิน 25°C ห้ามแช่แข็ง ปั่นตกตะกอน หรือแยกพลาสมาจากสิ่งส่งตรวจ* โปรดทราบ : ลักษณะตัวอย่างต่อไปนี้ไม่เหมาะกับการทดสอบตามเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจของหน่วยฯ - ส่งถึงหน่วยฯ ช้ากว่า 24 ชม. - เลือด clot เป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด - ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด - เลือดมีเม็ดเลือดแดงแตกมาก - ปริมาตรเลือด <1 mL / น้ำคร่ำ <10 mL - น้ำคร่ำมีเลือดปน		บันทึกการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ชื่อผู้แจ้ง..... วันที่..... หมายเหตุ..... <input checked="" type="radio"/> ข้าพเจ้า <input type="radio"/> แพทย์ <input type="radio"/> เจ้าหน้าที่ <input type="radio"/> ผู้รับบริการ หน่วยงาน..... ได้รับทราบการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม และมีความประสงค์ <input type="radio"/> ยืนยันการส่งตรวจโดยใช้สิ่งส่งตรวจเดิม <input type="radio"/> ยืนยันการส่งตรวจโดยใช้สิ่งส่งตรวจใหม่ <input type="radio"/> ยกเลิกการส่งตรวจ ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... เวลา..... น.
สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยเวชพันธุศาสตร์การแพทย์บันทึกตรวจรับสิ่งส่งตรวจ สิ่งส่งตรวจ จำนวน.....หลอด ปริมาตร..... mL ผลการตรวจรับ <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เนื่องจาก..... ผู้รับสิ่งส่งตรวจ..... วันที่รับ..... เวลา..... น.		