ใบส่งตรวจวิเคราะห์โครโมโซมในมะเร็งระบบโลหิต

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

(สำหรับหน่วยเวชพันธุศาสตร์ใช้งาน)

กรุณากรอกข้อมูลให้ สมบูรณ์และชัดเจนทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในการตรวจวิเคราะห์และการแปลผล

1. ข้อมูลผู้ป่วย*

ชื่อ – นามสกุล.....อายุ..... **เพศ** ❑ ชาย

วัน/เดือน/ปี เกิด.....H.N/REF..... ❑ หญิง

หน่วยงานส่งตรวจ.....

โทร.....วันที่ส่งตรวจ.....

ปิดสติ๊กเกอร์ข้อมูลผู้ป่วยที่นี่

2. แพทย์ผู้ส่งตรวจ*

ชื่อ-นามสกุล.....โทร.....

ผู้ติดต่อกรณีมีปัญหาหรือต้องแจ้งผลเบื้องต้น

ชื่อ.....โทร.....

3. ข้อบ่งชี้การส่งตรวจ / การวินิจฉัยโรค*

__ Acute Leukemia

__ CLL

__ CML

__ Lymphoma

__ Pancytopenia

__ Multiple myeloma

__ Myelodysplastic syndrome (MDS).....

__ Myeloproliferative neoplasm (MPN).....

__ Other ระบุ.....

ข้อมูลการส่งตรวจ* เพื่อ ❑ วินิจฉัย ❑ ติดตามการรักษา

Status : __Before Rx __During Rx __Post Rx (since.....)

__Clinical remission __Hematologic remission

__BMT / SCT donor sex : M / F

Transfusion : __Yes __No

CBC : HB.....g/dl, WBC...../µl, PLT...../µl

ข้อมูลเพิ่มเติม :

4. สิ่งส่งตรวจ* # วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....เวลา.....#

❑ **Bone marrow aspirate 3 – 5 mL** (กรณี Hypocellular marrow ใช้อย่างน้อย 5 mL)

❑ **Peripheral blood 3 – 5 mL** (Blast..... %)

ตัวอย่างไขกระดูกและเลือด ใช้สารกันเลือดแข็ง **Sodium Heparin** หรือ **Lithium Heparin**

ควรนำตัวอย่างส่งถึงหน่วยเวชพันธุศาสตร์ทันที กรณีที่ไม่สามารถส่งได้ในเวลาทำการ

ให้เก็บรักษาที่ 4 – 8 °C และนำส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง

นำส่งที่อุณหภูมิไม่เกิน 25°C ห้ามแช่แข็ง ปั่นตกตะกอน หรือแยกพลาสมาจากสิ่งส่งตรวจ

โปรดทราบ : ลักษณะตัวอย่างต่อไปนี้ไม่เหมาะกับการทดสอบตามเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจของหน่วยฯ

- ส่งถึงหน่วยฯ กว่า 24 ชม.
- มีปริมาตรน้อยกว่า 1 mL
- ใช้สารกันเลือดแข็งผิดชนิด
- clot เป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด หรือ heavily hemolysis

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยเวชพันธุศาสตร์การแพทย์บันทึกตรวจรับสิ่งส่งตรวจ

สิ่งส่งตรวจ จำนวน.....หลอด ปริมาตร.....mL

ผลการตรวจรับ ❑ ผ่าน ❑ ไม่ผ่าน เนื่องจาก.....

.....

ผู้รับสิ่งส่งตรวจ.....วันที่รับ..... เวลา.....น.

บันทึกการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

ชื่อผู้แจ้ง.....วันที่.....

หมายเหตุ.....

.....

☛ ข้าพเจ้า ○แพทย์ ○เจ้าหน้าที่ ○ผู้รับบริการ

หน่วยงาน.....

ได้รับทราบการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม

และมีความประสงค์

○ยืนยันการส่งตรวจโดย**ใช้สิ่งส่งตรวจเดิม**

○ยืนยันการส่งตรวจโดย**ใช้สิ่งส่งตรวจใหม่**

○ยกเลิกการส่งตรวจ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....น.