



HBOC Somatic Mutation Testing in FFPE Request Form

PATIENT INFORMATION

NAME :

HN:	SEX: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB: (DD/MM/YYYY)	ETHNICITY:
-----	---	-------------------	------------

CANCER DIAGNOSIS : (Check one that apply)

- BREAST (Age at Dx _____ , Bilateral?(Y/N) _____) PROSTATE CANCER (Age at Dx _____)
 OVARIAN (Age at Dx _____) OTHER _____ (Age at Dx _____)

ORDERING PHYSICIAN INFORMATION

PHYSICIAN'S NAME:

HOSPITAL:	E-MAIL:	TEL:
-----------	---------	------

TEST AUTHORIZATION

สำหรับแพทย์ผู้ส่งตรวจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลของผู้รับบริการถูกต้องตามความเข้าใจของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้ชี้แจงถึงหลักการและประโยชน์ของการตรวจนี้ รวมถึงโอกาสที่อาจจะพบ Germline Mutation ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโอกาสการเกิดมะเร็งในครอบครัวแก่ผู้รับบริการแล้ว

ลายเซ็นแพทย์ผู้ส่งตรวจ _____

SPECIMEN INFORMATION

FFPE Tissue

BLOCK / TUBE NO: _____ DATE OF COLLECTION: _____

**หมายเหตุ: ในการส่งตรวจ HBOC Somatic Mutation Testing in FFPE จำเป็นต้องคีร์รหัสส่งตรวจทั้งหมด 3 รหัส ได้แก่ **

รหัสบริการ	ชื่อ	ราคาสามัญ	ราคาพรีเมียม
11792	HBOC Essential Panel Test	10,000 (เบิกได้)	11,500
11777	Pre-designed Panel by Mass Array**	2,560 (เบิกไม่ได้)	3,350
รวม		12,560	14,850

* ค่าใช้จ่ายสำหรับตัดชิ้นเนื้อ ** ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่ม coverage สำหรับตัวอย่างชิ้นเนื้อและรายงานผลด่วน

****หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อศูนย์จีโนมที่เบอร์ 064-585-0928****

Sample received Date (CMG):	Received by:	Note:
-----------------------------	--------------	-------