ศูนย์จีโนมทางการแพทย์
CENTER FOR MEDICAL GENOMICS
ชั้น 3 ศูนย์บริการทางการแพทย์ โรงเรียนเรวดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
108 ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพ 10400
064-620-7399, 064-585-0928 (เบอร์ภายใน 74077)
Line@: @CMGRAMA facebook.com/CMGRama

Request Form for Cystic Fibrosis Carrier Screening

Laboratory notes:

Patient Sample ID: _____

Partner Sample ID: _____

Received by: _____

Date/Time received _____

Patient Information

First name_____Last name_____

HN_____ Hospital _____

Gender _____ Date of Birth_____ (D/M/Y)

Age_____ Ethnicity ☐ Thai ☐ Other _____

Is there a family history of Cystic Fibrosis? ☐ Yes ☐ No

(If yes please specify _____)

Partner Information

First name_____Last name_____

HN_____ Hospital _____

Gender _____ Date of Birth_____ (D/M/Y)

Age_____ Ethnicity ☐ Thai ☐ Other _____

Is there a family history of Cystic Fibrosis? ☐ Yes ☐ No

(If yes please specify _____)

By signing this form, I understand that receiving a result indicating low risk of being a carrier is no guarantee that I am not a carrier of these disorders, as not all mutations can be detected, and all pathology tests have biological limitations. I understand that being a high-risk carrier increases the likelihood of passing on these genes to my offspring but that it is not guaranteed and, without a partner's test results, may be difficult to interpret. I also understand that genetic counselling may be recommended if I am shown to be a carrier.

Signature (Patient)_____ Date of request_____(D/M/Y)

Signature (Partner)_____ Date of request_____(D/M/Y)

Specimen type (Collection Date_____Time_____)

☐ **EDTA blood volume 6 ml 1 tubes (Patient)** ☐ Other (please specify) _____

☐ **EDTA blood volume 6 ml 1 tubes (Partner)** ☐ Other (please specify) _____

ผู้ประสานงาน คุณวันทนิช ไพโรจน์ โทร 089-201-4132 หรือ ravpa.mahidol@gmail.com

นำส่งสิ่งตัวอย่างที่ ศูนย์จีโนมทางการแพทย์ ชั้น3 ศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเรวดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Physician Information

Physician's name_____ Physician's ID_____

Hospital/Clinic_____Contact address_____

_____

Phone_____Email_____

I herewith confirm the correctness of the above given information

Signature_____ Date of request_____(D/M/Y)