

คู่มือ โครงการบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง
 และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ชื่อและสกุล.....HN.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สำหรับศูนย์จโนมทางการแพทย์

รหัสบริการรพ.	รหัส สปสช.	ประเภทบริการ
<input checked="" type="checkbox"/> H408	90001	ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม ให้คำปรึกษา (counselling) และเก็บ สิ่งส่งตรวจสำหรับผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> 11945	90002	BRCA1 + BRCA2 gene mutation by NGS (ผู้ป่วย) (สปสช.)
<input checked="" type="checkbox"/> 11946	90003	ตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สปสช.)

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... รหัสแพทย์.....
 วันที่ส่งตรวจ.....
 การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม วันที่.....เวลา.....สถานที่.....

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยหรือญาติสายตรง สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อบ่งชี้ตามที่โครงการกำหนด
2. แพทย์ผู้ส่งตรวจได้แก่ อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา อายุรแพทย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ และศัลยแพทย์สาขาศัลยศาสตร์เต้านม
3. การเงินชำระระบบ Payer 52993 / รหัสโครงการ F00660003

คู่มือ โครงการบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง
 และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ชื่อและสกุล.....HN.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สำหรับฝ่ายการคลัง

รหัสบริการรพ.	รหัส สปสช.	ประเภทบริการ
<input checked="" type="checkbox"/> H408	90001	ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม ให้คำปรึกษา (counselling) และเก็บ สิ่งส่งตรวจสำหรับผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> 11945	90002	BRCA1 + BRCA2 gene mutation by NGS (ผู้ป่วย) (สปสช.)
<input checked="" type="checkbox"/> 11946	90003	ตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สปสช.)

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... รหัสแพทย์.....
 วันที่ส่งตรวจ.....
 การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม วันที่.....เวลา.....สถานที่.....

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยหรือญาติสายตรง สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อบ่งชี้ตามที่โครงการกำหนด
2. แพทย์ผู้ส่งตรวจได้แก่ อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา อายุรแพทย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ และศัลยแพทย์สาขาศัลยศาสตร์เต้านม
3. การเงินชำระระบบ การเงินชำระระบบ Payer 52993 / รหัสโครงการ F00660003



ศูนย์จีโนมทางการแพทย์

CENTER FOR MEDICAL GENOMICS

ชั้น 3 ศูนย์บริการทางการแพทย์ โรงเรียนเวรดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
108 ถนนประติพักษ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
064-620-7399, 064-585-0928 (เบอร์ภายใน 74077)
Line@: @CMGRAMA facebook.com/CMGRama

11946 - ใบสั่งตรวจตัวอย่างการกลายพันธุ์ในยีน BRCA1/BRCA2 ด้วยเทคโนโลยี Sanger Sequencing

กรุณาทำเครื่องหมายเลือกสาเหตุที่เข้ารับการตรวจ (ข้อใดข้อหนึ่ง)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมชนิดพันธุกรรม (HBOC) มีผลการตรวจหาการกลายพันธุ์ในยีน BRCA1/2 อยู่แล้ว และต้องการตรวจยืนยันผลด้วยวิธี Sanger Sequencing

ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากการกลายพันธุ์ในยีน BRCA1/2 ต้องการตรวจหาการกลายพันธุ์ในยีน BRCA1/2 เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

เอกสารแนบ ****จำเป็น****

- หนังสือยินยอมขอเข้ารับการตรวจของผู้ป่วย
- สำเนาผลการตรวจหาการกลายพันธุ์ในยีน BRCA1/2
- Pedigree(พงศาวลี)

วันที่ส่งตรวจ: _____

ชื่อ-สกุล:

อายุ:

วัน/เดือน/ปี เกิด:

เพศ:

HN:

โรงพยาบาล:

ข้อมูลสิ่งส่งตรวจ

- EDTA blood 6 ml 1tube
 อื่นๆ _____

วันที่เก็บตัวอย่าง ____/____/____ เวลา _____

บันทึกพงศาวลี(Pedigree)**จำเป็น**

ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ : _____

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : _____ E-MAIL : _____

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลของผู้รับบริการถูกต้องตามความเข้าใจของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้ชี้แจงถึงหลักการและประโยชน์ของการตรวจนี้ รวมถึงผลกระทบต่อโอกาสการเกิดมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้รับบริการแล้ว และผู้รับบริการเข้าใจและยินยอมรับการตรวจ

ลายเซ็นแพทย์ผู้ส่งตรวจ: _____

ที่อยู่สำหรับจัดส่งรายงานผลการตรวจ

ชื่อสถานพยาบาล _____ แผนก _____ อาคาร _____ ชั้น _____

เลขที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ E-MAIL : _____

FOR LABORATORY USE ONLY

RECEIVED DATE: _____ TIME: _____ BY: _____ Lab No.: _____

แบบลงทะเบียนบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2

ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ สำหรับประชาชนไทยทุกสิทธิ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัส.....		
1. กรณีบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูง บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้		
ชื่อผู้ป่วยนามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี		
PID <input type="text"/> เพศ [] ชาย [] หญิง HN.....		
การวินิจฉัยโรค ระบุ ICD10		
▪ วัน/เดือน/ปี ที่ประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาก่อนการส่งตรวจทางพันธุกรรม		
คุณสมบัติของผู้รับบริการและข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
▪ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง ผู้รับบริการต้องมีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้		
1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุไม่เกิน 45 ปี	[]	[]
2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมที่อายุ 46-50 ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
2.1 มีประวัติมะเร็งเต้านมปฐมภูมิมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง อาจเป็นในช่วงเวลาเดียวกันหรือช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (second primary, bilateral, synchronous, metachronous)	[]	[]
2.2 มีประวัติโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งตับอ่อน หรือมะเร็งต่อมลูกหมากในญาติสายตรงอย่างน้อย 1 คน	[]	[]
3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
3.1 มีประวัติญาติสายตรงอย่างน้อย 1 คนที่เป็น	[]	[]
1) มะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุไม่เกิน 50 ปี หรือมะเร็งเต้านมในผู้ชาย หรือ	[]	[]
2) มะเร็งรังไข่ หรือ	[]	[]
3) มะเร็งตับอ่อน หรือ	[]	[]
4) มะเร็งต่อมลูกหมาก (metastatic, intraductal/cribriform, high or very high risk group)	[]	[]
3.2 มีประวัติผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 3 คนที่เป็นมะเร็งเต้านม	[]	[]
3.3 มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย 2 คนที่เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก	[]	[]
4) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกช่วงอายุที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
4.1 เป็นมะเร็งเต้านมแบบ triple negative	[]	[]
4.2 เป็นมะเร็งเต้านมในผู้ชาย	[]	[]
▪ วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง		
2. กรณีบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในญาติสายตรง บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้		
ชื่อญาติสายตรง นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี		
PID <input type="text"/> เพศ [] ชาย [] หญิง HN.....		
กรณีญาติสายตรง ให้ระบุ PID ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง PID ผู้ป่วย <input type="text"/>		
▪ วัน/เดือน/ปี ที่ประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาก่อนการส่งตรวจทางพันธุกรรม		
▪ ญาติสายตรงบิดา มารดา พี่น้อง บุตรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2	[]	[]
▪ วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง		
ความเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ		
แพทย์ผู้รักษา..... เลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วัน/เดือน/ปี		



ศูนย์จีโนมทางการแพทย์

CENTER FOR MEDICAL GENOMICS

ชั้น 3 ศูนย์บริการทางการแพทย์ โรงเรียนเวรดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
108 ถนนประติพักษ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
064-620-7399, 064-585-0928 (เบอร์ภายใน 74077)
Line@: @CMGRAMA facebook.com/CMGRama

หนังสือแสดงเจตนายินยอมขอเข้ารับการตรวจการกลายพันธุ์ยีน <i>BRCA1/BRCA2</i> ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	
ข้าพเจ้าชื่อ _____ นามสกุล _____ หมายเลขประจำตัวประชาชน _____ (หรือเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยชื่อ _____ นามสกุล _____ หมายเลขประจำตัวประชาชน _____) ได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นดังต่อไปนี้	
หัวข้อ	กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> เพื่อรับทราบ
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าจะใช้ตัวอย่างเลือด เพื่อทดสอบทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า เฉพาะในยีน <i>BRCA1</i> และ <i>BRCA2</i> ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและรังไข่เท่านั้น หรือการตรวจพันธุกรรมเฉพาะตำแหน่งด้วยเทคโนโลยี Sanger	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจพันธุกรรมนี้ขึ้นอยู่กับความดีความด้วยความรู้ในปัจจุบัน ดังนั้นผลการตรวจอาจเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจของข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจอาจมีความเป็นไปได้หลากหลายเช่น ตรวจพบ ตรวจไม่พบ หรือพบการกลายพันธุ์ที่ยังไม่ทราบความสำคัญทั้งหมดนี้อาจจะส่งผลต่อตัวข้าพเจ้า และอาจจะรวมถึงครอบครัวของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจอาจพบ "การกลายพันธุ์ที่ยังไม่ทราบความสำคัญ" หมายความว่า การกลายพันธุ์นี้ยังไม่สามารถเข้าใจได้โดยอาศัยความรู้ในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>
ผลตรวจทางพันธุกรรมอาจส่งผลกระทบต่อการทำประกันสุขภาพ หรือการทำประกันชีวิต	<input type="checkbox"/>
ตัวอย่างของข้าพเจ้าอาจจะต้องผ่านการทดสอบทางพันธุกรรมอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถสรุปผลได้	<input type="checkbox"/>
การตรวจไม่พบการกลายพันธุ์จาก <i>BRCA1/2</i> ด้วยเทคโนโลยี NGS ไม่สามารถยืนยันได้ 100% ว่าผู้ป่วยไม่มีการกลายพันธุ์ที่ก่อโรค เนื่องจากการตรวจนี้ยังมีข้อจำกัด อีกทั้งปัจจัยอื่นๆที่สามารถรบกวนผลการตรวจ ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก การให้เลือด (Blood transfusion) และภาวะมะเร็งในเม็ดเลือดของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนของประวัติครอบครัว เป็นต้น	<input type="checkbox"/>
ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ เหตุผลในการตรวจ ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น ผลที่ตามมา และข้อจำกัดของการตรวจ ในลักษณะที่ข้าพเจ้าเข้าใจ ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถาม และได้รับคำอธิบายชี้แจงในเรื่องที่ข้าพเจ้ากังวล จนพึงพอใจ	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจพันธุกรรมของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะได้รับการเปิดเผยเมื่อได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าหรือตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น	<input type="checkbox"/>
ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลตรวจพันธุกรรมของข้าพเจ้าแก่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต่อการรักษาญาติทางสายพันธุกรรมของข้าพเจ้า (ญาติทางสายพันธุกรรมหมายถึง ผู้ที่มีสายเลือดเดียวกันเช่น พี่ น้อง พ่อ แม่ ลุง ป้า น้า อา ลูก และ หลาน) ทั้งนี้ ข้อมูลทางพันธุกรรมสามารถใช้และเปิดเผยได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม ในกรณีเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงร้ายแรงต่อชีวิต สุขภาพ หรือความปลอดภัยของญาติทางสายพันธุกรรม หรือในกรณีที่ต้องเปิดเผยตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม
หากข้าพเจ้าไม่สามารถติดต่อได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยผลตรวจพันธุกรรมแก่บุคคลด้านล่างนี้	
ชื่อ _____ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____	
ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจยีน <i>BRCA1</i> และ <i>BRCA2</i> จากผู้ให้บริการอย่างครบถ้วนแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมรับการตรวจการกลายพันธุ์ของยีน <i>BRCA1</i> และ <i>BRCA2</i>	
ลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา _____ ลงชื่อผู้รับคำปรึกษา _____ ลงชื่อพยาน _____	