



RB1 Genetic Test Order Form

DNA no.

สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400. โทร. 02-201-2613 แฟกซ์ 02-201-0116

สำหรับห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลผู้ป่วย		ประวัติครอบครัว		ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ	
ชื่อ-สกุล	HN	ผู้ป่วยรายนี้เป็น		ชื่อ-สกุล	
ว.ด.ป.เกิด	อายุ	<input type="checkbox"/> Index case		รหัส	ร.พ.
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ร.พ.	<input type="checkbox"/> ญาติ (สถานะ _____)		โทร	ว.ด.ป.ที่ส่งตรวจ
วินิจฉัยโรค/อาการ	<input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral	เคยมีสมาชิกในครอบครัวส่งตรวจ mutation หรือไม่		E-mail	
		<input type="checkbox"/> ไม่เคย		พงศาวลี (Pedigree)	
		<input type="checkbox"/> เคย ยีน _____			
		ตำแหน่ง _____			
ชนิดของสิ่งส่งตรวจ		สำหรับเจ้าหน้าที่			
<input type="checkbox"/> EDTA blood		<input type="checkbox"/> บริการ (จ่ายเอง) <input type="checkbox"/> ทุนอื่นๆ			
<input type="checkbox"/> DNA		วันที่รับสิ่งส่งตรวจ			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		มอบหมาย			
วันที่รับสิ่งส่งตรวจ		สภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน			
สมาชิกครอบครัวที่ส่งตัวอย่างมา (เฉพาะรายที่ตรวจพบ mutation ใน proband แล้วเท่านั้น)					
HN และชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลการวินิจฉัยจอประสาทตา		
			Retinoblastoma	Retinoma	Normal retina
		<input type="checkbox"/> พ่อ			
		<input type="checkbox"/> แม่			
					DNA no.

*** รหัส 11944 เป็นการตรวจแบบ Trio (proband,พ่อ,แม่) ขอให้ส่งเลือกตามขั้นตอน ดังนี้

1. ส่งเลือก proband เพียงคนเดียว และรอผลตรวจของ proband
2. หากพบ mutation ใน proband ทางแลปจะแจ้งกลับไปที่ให้จะเลือกพ่อและแม่มาตรวจเพิ่ม
3. หากไม่พบ mutation ใน proband จะไม่ทำการตรวจพ่อและแม่

รายการสิ่งส่งตรวจ	Turnaround time (ในรายที่จำเป็นต้องการผลเร่งด่วนกรุณาปรึกษา อ.รสสุคนธ์ แก้วขาว)
<input type="checkbox"/> 11944 RB1 genetic test	8 - 12 สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 300263 RB1 deletion/duplication by MLPA	15 วันทำการ

รหัสรายการของคณะฯ	รหัสรายการของกระทรวงการคลัง	ราคาในเวลา	ราคาคลินิกพิเศษ	ราคา รพ.ภายนอก
11944	37548	10,000	11,200	11,200
300263	-	3,400	3,900	3,900

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ส่งตรวจ
(กรุณาระบุเบอร์ติดต่อ/email ด้านบนให้ชัดเจนเพื่อส่งผลกลับได้อย่างถูกต้อง)

วิธีการส่งตรวจ Molecular genetic analysis	
เจาะเลือดผู้ป่วยใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA (CBC tube) จำนวน 3-5 ml จำนวน 1 หลอด	
A. สำหรับโรงพยาบาลรามาริบัติ: คีย์รหัสบริการในระบบ online และส่งสิ่งส่งตรวจพร้อมแนบใบ order มาที่ สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต ชั้น 3 อาคารวิจัย และสวัสดิการ	
B. สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ: ส่งทั้งหลอด EDTA ที่อุณหภูมิห้อง พร้อมแนบใบ order หากยังไม่สามารถนำส่งได้ให้แช่ตู้เย็นช่องธรรมดา 4 °C ส่งไปรษณีย์ EMS และแจ้งล่วงหน้าที่ คุณวีรินทร์ ธรรมโชติ เพื่อติดตามพัสดุ	
ที่อยู่	รศ.ดร. รสสุคนธ์ แก้วขาว สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-2613 แฟกซ์ 02-201-0116
*** สามารถสอบถามการส่งตรวจได้ที่ คุณวีรินทร์ ธรรมโชติ หรือ คุณเกษรศิลป์ คนชม เจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชา โทร 02-201-2613 หรือ อีเมลล์ รศ.ดร. รสสุคนธ์ แก้วขาว rossukon.kae@mahidol.ac.th	

สำหรับผู้ป่วยจากรพ.อื่นๆที่ต้องการใช้สิทธิการรักษา กรุณาดำเนินการตรวจสอบการใช้สิทธิการรักษาด้วยตนเอง โดยสอบถามที่หน่วยสิทธิฯ รพ.รามาริบัติ 02-201-1363

แบบฟอร์มนี้สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://www.rama.mahidol.ac.th/transmed/en/Service/RB1>