



RB1 Genetic Test Order Form

สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-2613

DNA no.

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	วันที่ส่งตรวจ
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 _____			
		HN และชื่อ-สกุล คนที่เคยส่งตรวจ			
ชนิดของสิ่งส่งตรวจ		สำหรับเจ้าหน้าที่			
<input type="checkbox"/> EDTA blood		<input type="checkbox"/> บริการ (จ่ายเอง)		<input type="checkbox"/> ทุน :	
<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 / ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ผลการวินิจฉัยจอประสาทตา			DNA no.
		Retinoblastoma	Retinoma	Normal retina	
	<input type="checkbox"/> พ่อ				
	<input type="checkbox"/> แม่				

*** รหัส 11944 เป็นการตรวจแบบ Trio ***
 ขอให้ส่งเลือดมาตามขั้นตอน ดังนี้
 1. ส่งเลือด proband เพียงคนเดียว และรอผลตรวจของ proband
 2. หากพบ mutation ใน proband ทางแล็บจะแจ้งกลับไป ให้เจาะเลือดพ่อและแม่มาตรวจเพิ่ม
 3. หากไม่พบ mutation ใน proband จะไม่ทำการตรวจพ่อและแม่เพิ่ม

รายการสิ่งส่งตรวจ	Turnaround time (ในรายที่จำเป็นต้องการผลเร่งด่วนกรุณาปรึกษา อ.รสสุคนธ์ แก้วขาว)
<input type="checkbox"/> 11944 RB1 genetic test	12 สัปดาห์

รหัสรายการของคณะฯ	รหัสรายการของกระทรวงการคลัง	ราคาในเวลา	ราคาคลินิกพิเศษ	ราคารพ.ภายนอก
11944	37548	14,800	16,500	16,500

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ส่งตรวจ
 (กรุณาระบุเบอร์ติดต่อ/email ด้านบนให้ชัดเจนเพื่อส่งผลกลับได้อย่างถูกต้อง)

วิธีการส่งตรวจ Molecular genetic analysis

เจาะเลือดผู้ป่วยใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA (CBC tube) จำนวน 3-5 ml จำนวน 1 หลอด

A. สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี: คีย์รหัสบริการในระบบ online และส่งสิ่งส่งตรวจพร้อมแบบใบ order มาที่ สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต ชั้น 3 อาคารวิจัย และสวัสดิการ

B. สำหรับโรงพยาบาลอื่น: ส่งทั้งหลอด EDTA ที่อุณหภูมิห้อง พร้อมแบบใบ order หากยังไม่สามารถนำส่งได้ให้แช่ตู้เย็นช่องธรรมดา 4 °c (ไม่เกิน 24 ชม.) ส่งไปรษณีย์ EMS และแจ้งล่วงหน้าที่คุณวีรินทร์ ธรรมโชติ เพื่อติดตามพัสดุ

ที่อยู่ รศ.ดร. รสสุคนธ์ แก้วขาว
 สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 02-201-2613

*** สามารถสอบถามการส่งตรวจได้ที่ คุณวีรินทร์ ธรรมโชติ หรือ คุณเกษรศิลป์ คนชม เจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชา โทร 02-201-2613 หรือ อีเมลล์ รศ.ดร. รสสุคนธ์ แก้วขาว rossukon.kae@mahidol.ac.th

สำหรับผู้ป่วยจากรพ.อื่นที่ต้องการใช้สิทธิการรักษา กรุณาดำเนินการตรวจสอบการใช้สิทธิการรักษาด้วยตนเอง โดยสอบถามที่หน่วยสิทธิฯ รพ.รามาธิบดี 02-201-1363
 แบบฟอร์มนี้สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://www.rama.mahidol.ac.th/transmed/en/Service/RB1>