

	Ramathibodi CMA Laboratory Order Form สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต (รหัสหน่วยงาน: RCBD01) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-2613 สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี รหัสแพทย์ผู้ส่งตรวจรพ.รามา _____	DNA no. สำหรับห้องปฏิบัติการ
รหัสบริการ		Turnaround time*
☒ 11932 Chromosomal Microarray (การตรวจหาความผิดปกติของปริมาณสารพันธุกรรม DNA ด้วยเทคนิค SNP array)		~ 12 สัปดาห์

ข้อมูลผู้ป่วย		ประวัติครอบครัว	ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ
ชื่อ-สกุล	HN	ผู้ป่วยรายนี้เป็น ☐ Index case	ชื่อ-สกุล
ว.ด.ป.เกิด	อายุ	☐ ญาติ (สถานะ _____)	รหัสแพทย์รามา
ร.พ.	เพศ ☐ ช ☐ หญิง	เคยมีสมาชิกในครอบครัวส่งตรวจ CMA หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ผลการตรวจ _____	โทร
วินิจฉัยโรค/อาการ		HN และชื่อ-สกุล คนที่เคยส่งตรวจ _____	E-mail
ชนิดของสิ่งส่งตรวจ		พงสาวลี (Pedigree)	
☐ EDTA blood		☐ บริการ (จ่ายเอง)	☐ ทุน :
☐ DNA		วันที่รับสิ่งส่งตรวจ	
☐ อื่นๆ		มอบหมาย	
วันที่ส่ง		สภาพตัวอย่าง ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	

รหัสรายการของคณะฯ	รหัสรายการของกระทรวงการคลัง	ราคาในเวลา	ราคาคลินิกพิเศษ	ราคารพ.ภายนอก
11932	37575 (x3)	8,520	11,500	11,500

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ส่งตรวจ
รหัสแพทย์: _____
(กรุณาระบุเบอร์ติดต่อ/email ด้านบนให้ชัดเจน)

วิธีการส่งตรวจ Chromosomal Microarray
1. เจาะเลือดผู้ป่วยใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA (CBC tube) ปริมาณ 3-5 cc จำนวน 1 หลอด (แช่ตู้เย็น 4 องศาไว้ระหว่างรอส่ง ควรส่งภายใน 24 ชม. และไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 3 วัน) สำหรับตัวอย่างชนิดอื่นๆ สามารถโทรสอบถามได้ที่ 02-201-2613
2. กรอกข้อมูลในใบ order form (เอกสารใบนี้)
3. กรอกข้อมูลอาการของคนไข้เพิ่มเติม (ถ้ามี) ใน clinical check list form
4. ให้ผู้ป่วยลงนามแสดงความยินยอมการส่งตรวจใน informed consent form
✓ ส่งสิ่งส่งตรวจและเอกสาร (รายการที่ 1-4) มาที่ หน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ รพ.รามาธิบดี อาคาร 1 ชั้น 8 ติดต่อคุณทิพย์วัลย์ สีดำนิล โทร 02-201-2782-3 (กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้า 1 วัน)
✓ สามารถสอบถามผลตรวจได้ที่ คุณวิรินทร์ ธรรมโชติ โทร 02-201-2613
*สามารถปรึกษาในกรณีที่ต้องการผลเร่งด่วนได้ที่ รศ.ดร.พญ.ณัฐินี จินาวัฒน์ โทร 02-201-2615 หรือ email: jnatini@gmail.com

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



Ramathibodi CMA Laboratory Clinical Checklist Form

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

ชื่อ-นามสกุล HN โรงพยาบาล
วันเดือนปีเกิด อายุ..... วันเดือนปีที่ส่งตรวจ
วินิจฉัยโรค/อาการ
แพทย์ผู้ส่งตรวจ โทร..... E-mail

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|-----------------------------|
| 1. พัฒนาการ | ☐ สมวัย | ☐ ล่าช้าทุกด้าน | ☐ ล่าช้าเฉพาะด้าน..... | ☐ ถดถอย | ☐ NA |
| 2. สติปัญญาบกพร่อง | ☐ Mild ระดับIQ..... (ถ้ามี) | ☐ Moderate ระดับIQ..... (ถ้ามี) | | ☐ Severe/Profound | |
| 3. ภาวะร่วมทางสมอง | ☐ ชน สมาริสน์ | ☐ ชัก | ☐ Hypotonia | ☐ อื่นๆ..... | |
| 4. ประวัติแรกเกิด | ☐ NL | ☐ Term | ☐ Preterm.....weeks | ☐ NA | |
| 5. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ ไม่มี | | ☐ มี ระบุ..... | ☐ NA | |
| 6. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างเกิด | ☐ ไม่มี | | ☐ มี ระบุ..... | ☐ NA | |
| 7. ประวัติครอบครัว มีอาการคล้ายผู้ป่วย | ☐ ไม่มี | | ☐ มี ระบุ..... | ☐ NA | |
| 8. Head size | ☐ Normal | ☐ Microcephaly | ☐ Macrocephaly | | |
| 9. Dysmorphic feature/Minor anomaly | ☐ ไม่มี | | ☐ มี ระบุ..... | | |
| 10. Brain imaging | ☐ NL by..... | | ☐ Abn ระบุ..... | ☐ NA | |
| 11. Cardiac exam | ☐ NL | ☐ Abn ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 12. Renal U/S | ☐ NL | ☐ Abn ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 13. Hearing | ☐ NL | ☐ Abn ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 14. Eye exam | ☐ NL | ☐ Abn ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 15. Other positive PE & investigation (ถ้ามี) | | | | | |
| 16. ผลโครโมโซม | ☐ NL | ☐ พบความผิดปกติ ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 17. ผลตรวจยีน FXS | ☐ NL | ☐ พบความผิดปกติ ระบุ..... | | ☐ NA | |
| 18. Other genetic test results ถ้ามี (ระบุ) | | | | | |

19. Pedigree

(3 generations)

ชื่อแพทย์.....

วันที่ เดือน พ.ศ.