

	Ramathibodi CMA Laboratory Order Form สาขาวิชาเวชศาสตร์ปริวรรต (รหัสหน่วยงาน: RCBD01) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-2613	DNA no. สำหรับห้องปฏิบัติการ
สำหรับโรงพยาบาลภายนอก รพ./บริษัท: _____ เลข Ref: _____		
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 _____)	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน: รพ.ภายนอก กรุณาคีย์ชื่อ นพ.ณรงค์ฤทธิ์ มัศยาอานนท์ เป็นผู้ส่งตรวจ	
ร.พ.	เพศ ☐ ช ☐ หญิง	เคยมีสมาชิกในครอบครัวส่งตรวจ CMA หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ผลการตรวจ _____		โทร
วินิจฉัยโรค/อาการ		HN และชื่อ-สกุล คนที่เคยส่งตรวจ _____		E-mail
				พงศาวิลี (Pedigree)
ชนิดของสิ่งส่งตรวจ		สำหรับเจ้าหน้าที่		
☐ 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
- เจาะเลือดผู้ป่วยใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA (CBC tube) ปริมาณ 3-5 cc จำนวน 1 หลอด (แช่ตู้เย็น 4 องศาไว้ระหว่างรอส่ง ควรส่งภายใน 24 ชม. และไม่ควรถูกเก็บไว้นานเกิน 3 วัน) สำหรับตัวอย่างชนิดอื่นๆ สามารถโทรสอบถามได้ที่ 02-201-2613 - กรอกข้อมูลในใบ order form (เอกสารใบนี้) - กรอกข้อมูลอาการของคนไข้เพิ่มเติม (ถ้ามี) ใน clinical check list form - ให้ผู้ป่วยลงนามแสดงความยินยอมการส่งตรวจใน informed consent form ✓ ส่งสิ่งส่งตรวจและเอกสาร (รายการที่ 1-4) มาที่ หน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ รพ.รามาธิบดี อาคาร 1 ชั้น 8 ติดต่อคุณทิพวัลย์ สีด่านิล โทร 02-201-2782-3 (กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้า 1 วัน) ✓ สามารถสอบถามผลตรวจได้ที่ คุณวิรินทร์ ธรรมโชติ โทร 02-201-2613 *สามารถปรึกษาในกรณีที่ต้องการผลเร่งด่วนได้ที่ รศ.ดร.พญ.ณัฐนิ 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.