

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ (HLA-B* 15:02, HLA-B*58:01, HLA-B*57:01)

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถนนตรัง-ปะเหลียน ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000 โทรศัพท์ 075-501050 ต่อ 122, 124

ข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งตรวจ

ผู้ส่งตรวจ หน่วยงาน/โรงพยาบาล

โทรศัพท์ โทรสาร

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก -

H.N..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี เดือน

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด โทรศัพท์.....

ป่วยเป็นโรค ☐ 1. Epilepsy ☐ 2. Schizophrenia ☐ 3. Trigeminal neuralgia ☐ 4. Neuopathic pain

☐ 5. Gout ☐ 6. Hyperuricemia ☐ 7. HIV/AIDS ☐ 8. TB

☐ 9. อื่นๆ

ประวัติแพ้ยา ☐ ไม่มี เป็นการตรวจคัดกรองการแพ้ยา ☐ Allopurinol ☐ Carbamazepine/Oxcarbazepine

☐ Abacavir ☐ Isoniazid (INH)

☐ มีระบุชื่อยา.....วันที่เริ่มแพ้ยา.....อาการแพ้ยา.....

ส่งตัวอย่างตรวจ

☐ HLA-B* 15:02/ HLA-B75 allele สำหรับ SJS/TEN จากยา Carbamazepine and Oxcarbazepine

☐ HLA-B*58:01 allele สำหรับ SJS/TEN/DHS จากยา Allopurinol

☐ HLA-B*57:01 allele สำหรับ Hypersensitivity จากยา Abacavir

การเก็บและจัดส่งตัวอย่าง : ตัวอย่างเลือด (EDTA blood 1-3 ml)

วันที่เจาะเลือด วันที่ส่งตัวอย่าง.....

สภาพการขนส่ง ☐ อุณหภูมิห้อง ☐ น้ำแข็ง

วิธีการส่ง ☐ เครื่องบิน ☐ รถทัวร์ ☐ บริษัทรับขนส่ง ☐ ส่งโดยตรงที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง ☐ ไปรษณีย์ด่วน EMS

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเป็นผู้กรอกเท่านั้น

☐ รับตัวอย่าง

☐ รับตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข (ระบุ)

☐ ปฏิเสธตัวอย่าง (ระบุ)

☐ ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน

☐ หลอดตัวอย่างแตก เสียหาย

☐ ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 0.5 มล

☐ ไม่มีฉลากบ่งชี้หลอดตัวอย่าง

☐ รหัสตัวอย่างบนหลอดเลือด

☐ ไม่มีสารกันเลือดแข็งหรือเลือดแข็งตัว

และใบนำส่งไม่ตรงกัน

☐ ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin

อื่นๆ ระบุ

ผู้รับตัวอย่าง..... วันเดือนปี/...../..... เวลา