



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการโครโมโซมวิญฉัยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช สำนักงานคณะบดี

ห้อง 1036 ชั้น 10 อาคารศรีสวรินทิรา ในหน่วยสนับสนุนกลาง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กทม. 10700

โทร.0-2419-5375-6

| | |
|---|---|
| ข้อมูลผู้ป่วย | (สำหรับติดสติ๊กเกอร์หมายเลขขอตรวจ) |
| ชื่อ-สกุล.....อายุ..... HN.....AN..... OPD.....WARD.....โทรศัพท์..... | |
| วันเดือนปีเกิด..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ..... โรงพยาบาล.....โทรศัพท์..... ที่อยู่..... | สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโครโมโซม |
| | ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> Vacutainer <input type="checkbox"/> อื่นๆหลอด ปริมาตร..... CC. ผู้รับตัวอย่าง.....วัน-เวลาที่รับ..... สภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เพราะ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| แพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย (ตัวบรรจง) | ข้อมูลตัวอย่างตรวจ |
| ชื่อ-สกุล.....รหัสแพทย์..... ภาควิชา.....โทรศัพท์..... อาจารย์แพทย์..... | <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Bone marrow <input type="checkbox"/> Tissue/Skin biopsy <input type="checkbox"/> Others..... วันที่เจาะ.....เวลา..... แพทย์ผู้เจาะไขกระดูก/ชิ้นเนื้อ.....โทรศัพท์..... ผู้เจาะเลือด.....โทรศัพท์..... |
| การวินิจฉัยโรค | การทดสอบ |
| <input type="checkbox"/> Hereditary disease/ Postnatal Diagnosis (โปรดระบุ) ในกรณีผู้ป่วย newborn เคยตรวจ Prenatal Diagnosis มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ที่ <input type="checkbox"/> รพ.ศิริราช <input type="checkbox"/> รพ.อื่น โปรดให้รายละเอียด ชื่อ-สกุล มารดา.....H.N..... ผลการตรวจ..... | <input type="checkbox"/> 331001 Chromosome-Blood <input type="checkbox"/> 331003 Chromosome-Bone Marrow <input type="checkbox"/> 331004 Chromosome-Blood for Leukemia <input type="checkbox"/> 331005 Chromosome-Tissue/Skin biopsy <input type="checkbox"/> 331006 FISH-Single Probe : Specify probe..... <input type="checkbox"/> 331008 Chromosome Breakage <input type="checkbox"/> 331013 FISH- Multiple Myeolma : FISH using 4 probes |
| <input type="checkbox"/> Hematological disorders (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Others..... | สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตราและลงชื่อ) |
| ข้อมูลการส่งตรวจ | ประวัติการตรวจร่างกาย การรักษา และการทดสอบอื่นที่เกี่ยวข้อง |
| เพื่อ <input type="checkbox"/> วินิจฉัย <input type="checkbox"/> พยากรณ์โรค <input type="checkbox"/> วิจัย รหัส..... <input type="checkbox"/> ติดตามผลการรักษา วันที่เคยส่งตรวจ..... Case No..... Status: <input type="checkbox"/> before Rx <input type="checkbox"/> during Rx <input type="checkbox"/> off Rx last..... <input type="checkbox"/> Clinical remission <input type="checkbox"/> Hematological remission <input type="checkbox"/> Suspected relapsed <input type="checkbox"/> Evolution <input type="checkbox"/> non-BMT <input type="checkbox"/> BMT donor sex (โปรดระบุ)..... Transfusion: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes CBC: Hb.....g/dl, WBC...../μl, platelet...../μl Preliminary Bone marrow smear review: (โปรดระบุ) - Cellularity: hypocellular/normocellular/hypercellular - blast/abnormal cell count: < 5% / 5-19% / ≥ 20% - Megakaryocyte: absent/decreased/normal/increased - Dysplastic feature: | หากเป็นโรคทางพันธุกรรม กรุณาใส่ทั้งข้อมูลทางคลินิก และพงสาวลี |