



ใบขอตรวจ Cancer Genomic Profiling

For Laboratory Use Only

ส่งตรวจจากภายในศิริราช

C.ID : _____ Lab Code: _____
 Reciever: _____ Date/Time: _____
 SD1: _____ Date/Time: _____
 SD2: _____ Date/Time: _____

Tel. +66 2 419 2724, 2727

Email: Info@SirirajGenomics.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารวิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

ข้อมูลผู้ป่วย (PATIENT INFORMATION)

คำนำหน้า*	ชื่อ* (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุล* (ภาษาอังกฤษ)	DOB* / Age*
HN*	เพศ* <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ที่อยู่	
ร.พ.*	Email. (กรณีต้องการสำเนาใบรายงานผล)	รหัสไปรษณีย์	Tel.

ข้อมูลการรักษา (PATIENT HISTORY) - ข้อมูลการวินิจฉัยและระยะของโรคมื่อส่งตรวจ (Please provide primary cancer diagnosis/disease status at time of testing)

Primary ICD- (C&D codes only)*	ระยะของโรค (stage)*:	สถานะของโรค* (เลือกได้ทุกข้อที่เกี่ยวข้อง) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Metastatic <input type="checkbox"/> Recurrent <input type="checkbox"/> Relapsed <input type="checkbox"/> Refractory
ยามุ่งเป้าที่ได้รับ / เคยได้รับ (ถ้ามี):	ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจ CGP มาก่อน* <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
<input type="checkbox"/> ได้แบบสำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อ* / ย้อมพิเศษ <input type="checkbox"/> ได้แบบสำเนาเวชระเบียน <input type="checkbox"/> ได้แบบผลตรวจยีนที่เกี่ยวข้อง (FISH, Molecular test)	การวินิจฉัย*	<input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Ovarian <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Colorectal <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Other

แพทย์ผู้รักษา (TREATING PHYSICIAN INFORMATION) - สำหรับการติดต่อและติดตามผล (Please provide best contact information for case follow-up)

ชื่อ - นามสกุล* (ภาษาอังกฤษ)	รพ.*	Tel.*
Email*:	ที่อยู่ (กรณีส่งผลตรวจทางไปรษณีย์)	
รหัสแพทย์:		

TEST MENU Test /Laboratory Developed Test Selection

Test	Specimens	Turn Around Time	Additional Test Information
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics CGP	FFPE Tissue	12 Workdays*	Tumor Tissue CGP (Comprehensive Genomics Profiling) <input type="checkbox"/> 332059 PCR 15 fragments <input type="checkbox"/> 332060 PCR 30 fragments <input type="checkbox"/> 332070 Sequencing-with Dye 10 Rxn <input type="checkbox"/> 332037 MLH1/MSH2 <input type="checkbox"/> 332045 MEN2 (RET) Mutation <input type="checkbox"/> 332101 Sequencing-with Dye 30 Rxn <input type="checkbox"/> 332080 Whole gene sequencing-Others (Single gene sequencing)
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics HRD for PARP inhibitors	FFPE Tissue	30 Workdays*	Tumor Tissue HRD (Homologous Recombination Deficiency panel) <input type="checkbox"/> 332024 APC <input type="checkbox"/> 332079 VHL <input type="checkbox"/> 332045 MEN2 (RET) Mutation <input type="checkbox"/> 332037 MLH1/MSH2
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics OPA DNA Only (Fusions Excluded)- Actionable panel	FFPE Tissue	15 Workdays*	Tumor Tissue OPA (Oncomine Precision Actionable) <input type="checkbox"/> 332057 PCR 5 fragments <input type="checkbox"/> 332058 PCR 10 fragments <input type="checkbox"/> 332069 Sequencing-with Dye 10 Rxn <input type="checkbox"/> 332070 Sequencing-with Dye 10 Rxn
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics OPA DNA/RNA - Actionable panel	FFPE Tissue	15 Workdays*	Tumor Tissue OPA (Oncomine Precision Actionable) <input type="checkbox"/> 332059 PCR 15 fragments <input type="checkbox"/> 332060 PCR 30 fragments <input type="checkbox"/> 332070 Sequencing-with Dye 10 Rxn <input type="checkbox"/> 332045 MEN2 (RET) Mutation
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics OPA OPA FastTrack+ DNA/RNA - Actionable panel (FFPE Tissue) <input type="checkbox"/> OPA Cell free DNA/RNA - Actionable panel (Blood) **** *** เบิกไม่ได้ทุกกรณี **** ติดต่อห้องปฏิบัติการเพื่อขอรับหลอดเจาะเลือด Streck Cell-Free DNA BCT* (02-4192724)		5 Workdays*	Tumor OPA (Oncomine Precision Actionable) Tissue FastTrack+ / Liquid Biopsy <input type="checkbox"/> 332024 APC <input type="checkbox"/> 332045 MEN2 (RET) Mutation <input type="checkbox"/> 332070 Sequencing-with Dye 10 Rxn <input type="checkbox"/> 332037 MLH1/MSH2 <input type="checkbox"/> 332079 VHL <input type="checkbox"/> 332101 Sequencing-with Dye 30 Rxn <input type="checkbox"/> 332007 FLCN <input type="checkbox"/> 332080 Whole gene sequencing-Others (Single gene sequencing)

*Cut-off time for samples received before noon
 กรณีประเมินสิ่งส่งตรวจพบว่ามีความผิดปกติ และ/หรือ ปริมาณไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำ จะยินยอมให้ทำการตรวจต่อหรือไม่ ไม่ต้องการให้ตรวจต่อ ต้องการให้ตรวจต่อ**
 * ข้อมูลที่จำเป็นในการส่งตรวจ หากข้อมูลไม่ครบถ้วนจะถูกปฏิเสธการตรวจ
 ** กรณีให้คำยินยอม ต้องการให้ตรวจต่อโดยที่สิ่งส่งตรวจไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ มีความเสี่ยงที่ท่านจะไม่ได้รับผลตรวจ เนื่องจากทางห้องปฏิบัติการล้มเหลว รวมถึงไม่สามารถเรียกคืนเงินค่าตรวจได้

การนำส่งสิ่งส่งตรวจ (SPECIMEN RETRIEVAL) Provide all information required per sample type

<input type="checkbox"/> FFPE Tissue	<input type="checkbox"/> นำส่งด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ติดต่อห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา/พยาธิแพทย์เพื่อเลือกสิ่งส่งตรวจ
<input type="checkbox"/> Blood mL X..... Tubes	
วันที่เจาะเลือด	วันที่ เก็บชิ้นเนื้อ (DD/MM/YYYY)*
ผู้เจาะเลือด	
ชื่อ-นามสกุล พยาธิแพทย์	Email
	Tel.
	Surgical No.*
	Specimen Site*
	Tissue of origin*

คำยินยอมและลงนาม (PHYSICIAN SIGNATURE AND CONSENT)

My signature certifies that I have determined that the test(s) being ordered is medically necessary for the patient, certifies that the results of this test will inform the patient's ongoing treatment plan, and certifies that I am the patient's treating physician. I have explained to the patient the nature and purpose of the test(s) to be performed and have obtained informed consent, to the extent required under applicable law, to permit Siriraj Genomics, or any laboratory with which Siriraj Genomics has collaborated, to (a) perform the test(s) specified herein, (b) analyze and report on other genetic information generated during the testing process or conduct additional analyses of the patient's sample for future diagnostic or monitoring use, (c) retain the test results and tissues, cells, and genetic material, including DNA and RNA information generated during the testing process, for an indefinite period for internal quality assurance /operations purposes, (d) remove information that directly identifies the patient from the test results, tissues, cells, and genetic material, including DNA and RNA information generated during the testing process, and use or disclose such information and materials for future unspecified research or other purposes, and (e) release the test results and related patient information to the patient's third-party payer as needed for reimbursement purposes or required by law.

ลายเซ็น แพทย์ (Signature)*	ชื่อ-นามสกุล แพทย์ (ตัวบรรจง; Full Name)*	วันที่ (DD/MM/YYYY)*
----------------------------	---	----------------------



เอกสารชี้แจง (Informed Consent)

Tel. +66 2419 2724, 2727
Email: Siriraj.Genomics@gmail.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารวิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

ท่านได้รับเอกสารนี้เนื่องจากแพทย์ และ/หรือ สถานพยาบาลของท่านประสงค์จะสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งรายการที่นำเสนอโดย Siriraj Genomics (ต่อไปนี้อาจเรียกว่า “การตรวจ” หรือ “การทดสอบ”) การทดสอบประกอบด้วย ตัวอย่างเช่น การตรวจยีน การตรวจจีโนมมะเร็งแบบครอบคลุม (comprehensive genomic profile: CGP) จากชิ้นเนื้อ และ/หรือ เลือด รวมถึงการย้อมพิเศษทางอิมมูโนฮิสโตเคมี (immunohistochemistry: IHC) ของ PD-L1 โดยแพทย์ของท่านจะบอกท่านว่าได้เลือกการทดสอบใดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับท่าน CGP เป็นการตรวจมะเร็งประเภทหนึ่งที่สามารถค้นหาการกลายพันธุ์และตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในสารพันธุกรรม ดีเอ็นเอ (DNA) หรืออาร์เอ็นเอ (RNA) ของท่านที่อาจทำให้มะเร็งของท่านเจริญเติบโตขึ้น และการทดสอบ PD-L1 IHC เป็นส่วนเสริมสำหรับการทดสอบ CGP ผลลัพธ์ของการตรวจยีน การตรวจ CGP ร่วมกับ IHC สามารถช่วยให้แพทย์ของท่านเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งอาจรวมถึงการรักษาด้วยยามุ่งเป้า ภูมิคุ้มกันบำบัด หรือการเข้าร่วมวิจัยทางคลินิก โดยการลงชื่อในท้ายเอกสารนี้ ท่าน (หรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายของท่าน) รับทราบเกี่ยวกับข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์และข้อจำกัดของการทดสอบ และให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม การใช้ การเก็บรักษา การบำรุงรักษา และการเปิดเผย (i) ตัวอย่างทางชีวภาพของท่านสำหรับการตรวจ ซึ่งรวมถึงตัวอย่างตรวจที่เหลือใด ๆ ที่เก็บรักษา หรือที่เกิดขึ้นจากตัวอย่างของท่านถูกอ้างถึงในความยินยอมนี้ว่าเป็น “ตัวอย่าง” ของท่าน (ii) ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้รับจากแพทย์/สถานพยาบาลของท่าน ตามที่จำเป็นสำหรับการทดสอบและ (iii) ผลตรวจและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทดสอบ หากท่านมีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทดสอบ โปรดปรึกษาแพทย์ของท่านก่อนลงนามความยินยอมนี้

การเก็บตัวอย่าง

การตรวจนี้ต้องการตัวอย่างเลือด เนื้อเยื่อ หรือไขกระดูก หรือ DNA/RNA ที่สกัดออกมาจากตัวอย่างตรวจ โดย Siriraj Genomics จะทำงานร่วมกับแพทย์/สถานพยาบาลเพื่อขอรับตัวอย่าง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งและข้อมูลอื่นของท่านที่จำเป็นต่อการตรวจ โปรดทราบว่า การทดสอบนี้อาจมีการใช้ตัวอย่างตรวจข้างต้นจนหมด และทำให้การทดสอบ/การตรวจเพิ่มเติมที่ต้องใช้เนื้อเยื่อจากการตรวจชิ้นเนื้อนี้อาจไม่สามารถทำได้ในอนาคต

กระบวนการทดสอบ

สารพันธุกรรมจาก DNA และ/หรือ RNA จะถูกสกัดจากตัวอย่างของท่าน และทำการวิเคราะห์และจัดเก็บ ท่านอนุญาตให้ Siriraj Genomics ทำการติดต่อและร้องขอเลือด ชิ้นเนื้อ ในรูปแบบสไลด์/บล็อก/ตัวอย่างอื่นทางพยาธิวิทยา รวมถึง DNA/RNA ของท่าน ที่จัดเก็บในห้องปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลอื่น เพื่อดำเนินการทดสอบจีโนมมะเร็งเพื่อดูว่ามียีนกลายพันธุ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งของท่าน Siriraj Genomics จะรายงานผลการทดสอบของท่านไปยังแพทย์/สถานพยาบาลที่ท่านทำการรักษา ซึ่งจะปรึกษาหารือเกี่ยวกับผลตรวจและวางแผนการรักษาของท่านต่อไป กระบวนการทดสอบยังอาจสร้างข้อมูลอื่นเพิ่มเติม โดยสารพันธุกรรมและข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจถูกเก็บรักษา นำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงวิธีการตรวจให้ดีขึ้นในอนาคต



เอกสารชี้แจง (Informed Consent)

Tel. +66 2419 2724, 2727
Email: Siriraj.Genomics@gmail.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารวิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

เกี่ยวกับการทดสอบ

Siriraj Genomics CGP คือการตรวจวิเคราะห์หาค่าพันธุกรรมจาก DNA/RNA ด้วยเทคโนโลยีใหม่ ผลจากการตรวจอาจสามารถใช้เพื่อวินิจฉัย เพื่อทำนายว่าผู้ป่วยอาจได้รับประโยชน์จากการรักษาที่จำเพาะ รายงานการพบยีนกลายพันธุ์อื่น ๆ รวมถึงข้อมูลการทำนายผลการรักษาที่อาจยังอยู่ในช่วงการศึกษาวิจัยทางคลินิก ผลตรวจนี้ไม่ได้รับประกันว่าโรคของท่านจะต้องตอบสนองต่อยาหรือวิธีการรักษาใด ๆ ที่เลือกใช้จากผลการตรวจนี้ การกลายพันธุ์ของยีนที่พบและรายงานอาจรวมถึงการกลายพันธุ์ที่ถ่ายทอดได้ในครอบครัว อย่างไรก็ตาม การทดสอบนี้ไม่ได้ทำนายว่ายีนกลายพันธุ์ใดอาจถ่ายทอดได้ และไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดโรคอื่นในอนาคต หากสงสัยว่าอาจมียีนกลายพันธุ์ที่ถ่ายทอดในครอบครัว แพทย์ของท่านจะพิจารณาว่าควรตรวจยีนอื่นหรือไม่ โดยประเมินจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของท่าน เช่น ข้อมูลประวัติครอบครัว ท่านอาจต้องการสอบถามแพทย์ของท่านเพื่อขอคำปรึกษาทางพันธุกรรมจากผู้เชี่ยวชาญก่อนทำการตรวจยีน การตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ ไม่ได้ตัดโอกาสการมียีนกลายพันธุ์ในปริมาณน้อยและต่ำกว่าขีดจำกัดของการตรวจ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม ซึ่งมีความเสี่ยงในการตัดชิ้นเนื้อใหม่ Siriraj Genomics ไม่มีข้อมูลผูกพันในการปรับปรุง ทบทวน หรือประเมินผลการทดสอบใหม่ หลังจากที่ได้รายงานผลตรวจของท่านเรียบร้อยแล้ว

การเปิดเผยข้อมูล

ผลการตรวจของท่านและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นอาจถูกเปิดเผยตามกฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยต่อแพทย์ของท่าน บริษัทประกันสุขภาพของท่าน นักวิจัยที่ท่านอนุญาต และสำหรับการใช้งานทฤษฎีตามที่อยู่ด้านล่าง

ข้อมูลทฤษฎีและการใช้ตัวอย่างคงเหลือ

ตัวอย่างของท่านที่เหลืออยู่ (leftover specimens) ผลการตรวจ ข้อมูลอื่น ๆ และข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการตรวจและข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ Siriraj Genomics ได้รับอาจนำไปใช้ในการวิจัย ทดสอบหรือพัฒนาการตรวจวิเคราะห์ให้ดีขึ้น หรือเพื่อศึกษาและพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์อื่น (ข้อมูลทฤษฎี) ในการนี้อาจมีการแบ่งปันข้อมูลหรือตัวอย่างของท่านกับนักวิจัยอื่นภายนอกหน่วยงาน โดย Siriraj Genomics จะทำการปกปิดหรือลบข้อมูลที่ระบุตัวตนของท่านได้โดยตรง และท่านจะไม่สามารถค่าตอบแทนสำหรับการใช้ข้อมูลและตัวอย่างที่เหลืออยู่ หรือผลการวิจัยหรือผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการใช้ข้อมูลและตัวอย่างดังกล่าว

การเก็บรักษาตัวอย่าง

Siriraj Genomics อาจเลือกที่จะทำลาย หรือส่งคืนตัวอย่างที่สิ้นสุดกระบวนการตรวจ หรือเก็บตัวอย่างไว้โดยไม่มีการกำหนดสำหรับการใช้งานทฤษฎีตามที่อยู่ข้างต้น เว้นแต่แพทย์หรือโรงพยาบาลที่ท่านรักษาจะขอตัวอย่างคืน หากท่านไม่ต้องการขอคืนและไม่ต้องการให้ใช้ตัวอย่างอีก ท่านอาจร้องขอให้ Siriraj Genomics ทำลายตัวอย่างทิ้ง คำขอดังกล่าวจะมีผลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดเก็บตัวอย่างหรือข้อมูลของท่านหลังจากวันที่ได้รับคำขอดังกล่าว โดยไม่มีผลผูกพันกับตัวอย่างที่ใช้ไป หรือข้อมูลที่เกิดขึ้นและถูกใช้ก่อนหน้านี้



เอกสารชี้แจง (Informed Consent)

Tel. +66 2419 2724, 2727
Email: Siriraj.Genomics@gmail.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารวิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

ความเป็นเจ้าของตัวอย่างและผลตรวจ

ท่านมีสิทธิ์เป็นเจ้าของในตัวอย่างและผลการตรวจของท่านที่ทดสอบโดย Siriraj Genomics รวมถึงผลการทดสอบใด ๆ ที่ทำกับตัวอย่างของท่าน และข้อมูลอื่น ๆ เกิดขึ้นระหว่างการตรวจ โดยการยอมรับการตรวจครั้งนี้แสดงว่าท่านยินยอมเพื่อให้ Siriraj Genomics ใช้ตัวอย่าง ผลตรวจ และข้อมูลอื่น ๆ ของท่านจากการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์ที่อธิบายไว้ในความยินยอมนี้

การลงนาม

การลงนามด้านล่างยืนยันว่า ท่านได้อ่านความยินยอมนี้ และได้พูดคุยกับแพทย์ของท่านเกี่ยวกับการทดสอบ วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่นของการทดสอบนี้ ท่านได้หารือเกี่ยวกับคำถามของท่านกับแพทย์ของท่านแล้ว และทราบว่าหากท่านมีคำถามใด ๆ หรือข้อกังวลในอนาคตที่เกี่ยวกับการทดสอบนี้ ท่านจะพูดคุยกับแพทย์ของท่าน ท่านตกลงที่จะมีส่วนร่วมในการทดสอบนี้ และอนุญาตให้แจ้งผลตรวจนี้ไปยังแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาของท่านได้ ท่านทราบว่าตัวอย่างที่เหลือของท่านอาจถูกเก็บไว้โดย Siriraj Genomics และทราบว่าผลการตรวจ และข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับท่านจะถูกนำไปใช้หรือแบ่งปันเพื่อวัตถุประสงค์ที่อธิบายไว้ในเอกสารยินยอมนี้

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจงของผู้ป่วย

วันเดือนปีเกิด

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจงของผู้แทน (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถลงนามได้)

ความสัมพันธ์

ลงนาม

วันที่ลงนาม



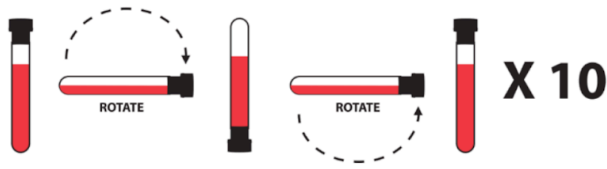
คำแนะนำการเก็บตัวอย่างเลือดสำหรับส่งตรวจ Liquid Biopsy (cfDNA)

Tel. +66 2419 2724, 2727

Email: Siriraj.Genomics@gmail.com

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช อาคารวิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

1. ใช้หลอดเก็บตัวอย่างสำหรับ Preserve cfDNA โดยเฉพาะ (Cell-Free DNA BCT® CE) ซึ่งบรรจุน้ำยาสำหรับ Preserve cfDNA ไว้ภายในหลอด
2. เก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยปริมาตร 10 มล. จำนวน 2 หลอด (20 มล.)
3. พลิกกลับหลอดเลือดทันที จำนวน 8 - 10 ครั้ง เพื่อให้เลือดผสมเข้ากันแบบทั่วถึง



*****ข้อควรระวัง***** : พลิกผสมหลอดเลือดแบบเบามือ เพื่อป้องกันเซลล์เม็ดเลือดแตก
ซึ่งส่งต่อความถูกต้องแม่นยำของการทดสอบ cfDNA

4. ดัดข้อมูลผู้ป่วย (ชื่อ-นามสกุล, HN.) ที่หลอดเลือด
5. บรรจุหลอดเลือดในกล่องพร้อมวัสดุกันกระแทก
6. กรอกข้อมูลการส่งตรวจใน ใบขอตรวจ และ ใบ consent ให้ครบถ้วน แนบส่งมาในกล่องพร้อมตัวอย่างเลือด
***** ตัวอย่างเลือดที่เจาะแล้วควรส่งทันทีภายในวันเดียวกัน**
***** กรณีที่ไม่สามารถส่งได้ทันที เก็บตัวอย่างเลือดที่อุณหภูมิห้อง (15 - 25°C) ควรเป็นห้องที่เปิดแอร์ตลอดเวลา เนื่องจากช่วงกลางคืนห้องที่ไม่ได้เปิดแอร์ห้องอุณหภูมิอาจสูงเกินช่วงที่กำหนด ซึ่งส่งต่อความถูกต้องแม่นยำของการทดสอบ cfDNA**
***** ตัวอย่างเลือดที่เจาะแล้ว สามารถเก็บที่อุณหภูมิ 6 - 37°C (แนะนำเก็บที่ 15 - 25°C) ได้ไม่เกิน 7 วัน**
7. ทำการจัดส่งตัวอย่างเลือดมายังห้องปฏิบัติการฯ ด้วยบริการขนส่งยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
ที่มีการควบคุมอุณหภูมิ ช่วง 15 - 25°C
8. ที่อยู่สำหรับจัดส่ง :

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช (cfDNA Testing) อาคาร SiMR ชั้น 4 รพ.ศิริราช
เลขที่ 2 ถ.วังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-419 2724, 02-419 2734