



ใบขอตรวจ Cancer Genomic Profiling

For Laboratory Use Only

ส่งตรวจจากศิริราชวิทยวิจัย จำกัด (Sivitt)

C.ID : _____	Lab Code: _____
Receiver: _____	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) - ข้อมูลการวินิจฉัยและระยะของโรคมะเร็งที่ส่งตรวจ (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"/> ได้เนบสำหรับผลตรวจชิ้นเนื้อ* / ย้อมพิเศษ		การวินิจฉัย*	
<input type="checkbox"/> ได้เนบสำหรับเนวาระเบียน		<input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Ovarian <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Colorectal	
<input type="checkbox"/> ได้เนบผลตรวจยีนที่เกี่ยวข้อง (FISH, Molecular test)		<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)	ร.พ.*	Tel.*
Email*:	ที่อยู่ (กรณีส่งผลตรวจทางไปรษณีย์)	
รหัสแพทย์:		

Test	Specimens	Turn Around Time	Additional Test Information
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics CGP	FFPE Tissue	12 Workdays* *** เก็บไม่ได้ทุกกรณี	Tumor Tissue CGP (Comprehensive Genomics Profiling) <input type="checkbox"/> 332059 PCR 15 fragments <input type="checkbox"/> 332057 PCR 5 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* *** เก็บไม่ได้ทุกกรณี	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* *** เก็บไม่ได้ทุกกรณี	Tumor Tissue OPA (Oncomine Precision Actionable) <input type="checkbox"/> 332057 PCR 5 fragments <input type="checkbox"/> 332070 Sequencing-with Dye 10 Rxn <input type="checkbox"/> 332080 Whole gene sequencing-Others (Single gene sequencing)
<input type="checkbox"/> Siriraj Genomics OPA DNA/RNA - Actionable panel	FFPE Tissue	15 Workdays* *** เก็บไม่ได้ทุกกรณี	Tumor Tissue OPA (Oncomine Precision Actionable) <input type="checkbox"/> 332057 PCR 5 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 <input type="checkbox"/> OPA FastTrack+ DNA/RNA - Actionable panel (FFPE Tissue) <input type="checkbox"/> OPA Cell free DNA/RNA - Actionable panel (Blood) **** *** เก็บไม่ได้ทุกกรณี **** 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 หากข้อมูลไม่ครบถ้วนจะถูกลบการตรวจ
 ** กรณีให้คำยินยอม ต้องการให้ตรวจต่อโดยที่สิ่งส่งตรวจไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ มีความเสี่ยงที่งานจะไม่ได้รับผลตรวจ เนื่องจากกรทดสอบทางห้องปฏิบัติการล้มเหลว 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	ชื่อ-นามสกุล พยาธิแพทย์	Email	Tel.
<input type="checkbox"/> Blood mL X..... Tubes	วันที่เจาะเลือด	วันที่ เก็บชิ้นเนื้อ (DD/MM/YYYY)*	Surgical No.*	Specimen Site*
ผู้เจาะเลือด				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)*