

แบบส่งตัวอย่าง

การตรวจหาชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb typing)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 9510000-11 ต่อ 98437 โทรสาร (02) 5910343

หน่วยงานที่ส่งตรวจ.....จำนวน.....ตัวอย่าง วันที่ส่งต่อตัวอย่าง.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตร ประจำตัว ประชาชน	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	วันที่ เจาะ เลือด	ผลการตรวจ screening test		ผลการตรวจ Complete Blood Count						หมายเหตุ	
						OF	DCIP	Hb (g/dl)	Hct (%)	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (g/dl)	RBC Morphology		

ผู้ส่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ :

1. ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล
2. กรณีเป็นคู่สามี-ภรรยา ควรระบุคู่ให้ชัดเจน
3. กรุณาระบุวันเจาะเลือดให้ชัดเจน
4. กรุณาระบุรายละเอียดเลขบัตรประจำตัวประชาชน และอายุครรภ์ให้ชัดเจน ถ้าไม่ระบุจะเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้
ตั้งนั้นทางสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจะเรียกเก็บค่าบริการไปยังหน่วยงานที่ส่งตรวจ รายละเอียด 270 บาท

แบบส่งตัวอย่าง

การตรวจยืนยัน alpha thalassemia 1

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 9510000-11 ต่อ 98437 โทรสาร (02) 5910343

หน่วยงานที่ส่งตรวจ.....จำนวน.....ตัวอย่าง วันที่ส่งต่อตัวอย่าง.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตร ประจำตัว ประชาชน	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	วันที่ เจาะ เลือด	ผลการตรวจ screening test		ผลการตรวจ Complete Blood Count						ผล Hb typing		Other Hb	
						OF	DCIP	Hb (g/dl)	Hct (%)	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (g/dl)	RBC Morphology	% Hb F	% Hb A2/E		

ผู้ส่ง
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ :

1. ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล
2. กรณีเป็นคู่สามี-ภรรยา ควรระบุคู่ให้ชัดเจน
3. กรุณาระบุวันเจาะเลือดให้ชัดเจน
4. กรุณาระบุรายละเอียดเลขบัตรประจำตัวประชาชน และอายุครรภ์ให้ชัดเจน ถ้าไม่ระบุจะเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้
ตั้งนั้นทางสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจะเรียกเก็บค่าบริการไปยังหน่วยงานที่ส่งตรวจ รายละเอียด 500 บาท

แบบส่งตัวอย่าง

การตรวจยืนยัน Beta thalassemia

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 9510000-11 ต่อ 98437 โทรสาร (02) 5910343

หน่วยงานที่ส่งตรวจ.....จำนวน.....ตัวอย่าง วันที่ส่งต่อตัวอย่าง.....

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	วันที่เจาะเลือด	ผลการตรวจ screening test		ผลการตรวจ Complete Blood Count						ผล Hb typing		Other Hb
						OF	DCIP	Hb (g/dl)	Hct (%)	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (g/dl)	RBC Morphology	% Hb F	% Hb A2/E	

ผู้ส่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ :

1. ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล
2. กรณีเป็นคู่สามี-ภรรยา ควรระบุคู่ให้ชัดเจน
3. กรุณาระบุวันเจาะเลือดให้ชัดเจน
4. กรุณาระบุรายละเอียดเลขบัตรประจำตัวประชาชน และอายุครรภ์ให้ชัดเจน ถ้าไม่ระบุจะเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ ดังนั้นทางสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจะเรียกเก็บค่าบริการไปยังหน่วยงานที่ส่งตรวจ รายละเอียด 1200 บาท