

แบบส่งตัวอย่างกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยเทคนิค Molecular Karyotyping
 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 ต่อ 99614, 0-2951-1485
 โทรสาร 0-2591-2153 website: <http://nih.dmsc.moph.go.th/>

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	วันที่เจาะน้ำคร่ำ	ผลการตรวจคัดกรอง	หมายเหตุ

หมายเหตุ :

1. ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้หรือแนบผลประกอบ เพราะข้อมูลสำคัญเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล
2. กรุณาระบุวันที่เจาะน้ำคร่ำให้ชัดเจน

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....