

ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการเซลล์พันธุศาสตร์

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย
 H.N.....วันเกิด...../...../25.....อายุ.....วันที่เก็บตัวอย่าง..... (เขียนตัวบรรจง/ ติด Sticker)

ชื่อแพทย์ผู้ส่ง.....Ward/ OPD/ โรงพยาบาล..... (เขียนตัวบรรจง)
 *** ในกรณีที่ผลผิดปกติหรือมีปัญหาต้องติดต่อและแจ้งผลเบื้องต้นทางโทรศัพท์ โปรดระบุชื่อผู้มีอำนาจรับผล ***
 ผู้มีอำนาจรับผล.....โทรศัพท์.....

การตรวจก่อนคลอด

- การตรวจก่อนคลอด**
- การตรวจก่อนคลอด**
- Amniotic Fluid (AF)
 - Chorionic Villus Sampling (CVS)
 - Umbilical Cord Blood
 - Abortus Biopsied Embryonic Cell
 - Other (ระบุ).....
- GA by Ultrasound.....
 LMP.....G.....P.....A.....
 Fetal Sex (if known): M F

- การตรวจก่อนคลอด**
- การตรวจก่อนคลอด**
- Advanced Maternal Age
 - Chromosomal Abnormalities in Previous Pregnancy (ระบุ.....)
 - Family History of Chromosomal Abnormality (ระบุโครโมโซมผิดปกติ/ความเกี่ยวข้องในครอบครัว).....
 - Abnormal Ultrasound Findings (ระบุ).....
 - Positive Maternal Serum Screening
 - Other (ระบุ).....

การตรวจหลังคลอด

- การตรวจหลังคลอด**
- Peripheral Blood Cord Blood
 - Skin (ระบุที่มา).....
 - Other (ระบุ).....
- การตรวจหลังคลอด**
- Multiple Congenital Anomalies
 - Mental Retardation/ Developmental Delay
 - Trisomy 13 Trisomy 18 Trisomy 21
 - Klinefelter Androgen insensitivity
 - Ambiguous Genitalia
 - Primary Amenorrhea Turner
 - Habitual Abortion Infertility
 - Family History of Chromosomal Abnormality (ระบุ).....
 - Other (ระบุ).....

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/ต่อมน้ำเหลือง

- โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/ต่อมน้ำเหลือง**
- Bone Marrow Aspirate
 - Peripheral Blood
 - Other (ระบุ).....
- โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/ต่อมน้ำเหลือง**
- CML AML MDS
 - B-cell Lymphoma T-cell Lymphoma
 - Myeloma ALL CLL
 - Post-transplant ระบุ Sex of Donor: M F
 - Other (ระบุ).....

แพทย์ผู้ส่งตรวจรับทราบและยืนยันให้ตรวจสิ่งส่งตรวจที่ไม่ได้มาตรฐานต่อไปนี้ (ซึ่งอาจไม่ได้ผลการตรวจหรือได้ไม่ครบมาตรฐาน)

- ปริมาตรน้ำคร่ำ <10 ml น้ำคร่ำเจาะที่อายุครรภ์ ≤ 15 สัปดาห์หรือ ≥ 20 สัปดาห์
- น้ำคร่ำปนเลือด น้ำคร่ำปนซีเทา เลือดแข็งตัว เลือดปริมาตร ≤ 1 ml ไชกระดูกจาง
- ไชกระดูกหนืด ไชกระดูกปริมาตร ≤ 1 ml ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

- การตรวจเลือกชนิดการทดสอบ**
- Chromosome Analysis (รหัส 30402) สำหรับ น้ำคร่ำ, ขึ้นเนื้อ
 - Interphase FISH for Trisomy 13, 18, 21 ก่อนคลอด (รหัส 37575) แนะนำตรวจ Chromosome analysis ร่วมด้วย
 - FISH for DiGeorge Syndrome (รหัส 37575)*
 - Chromosome Analysis (รหัส 30401) สำหรับ เลือด, ไชกระดูก
 - FISH for William Syndrome (รหัส 37575)*
 - FISH for Prader-Willi/Angelman Syndrome (รหัส 37575)*แนะนำให้ตรวจDNA(MSPCR) ก่อน
 - FISH for Trisomy 13 (รหัส 37575)*
 - FISH for Trisomy 18 (รหัส 37575)*
 - FISH for Trisomy 21 (รหัส 37575)*
 - FISH for Chromosome X,Y (รหัส 37575)*
 - Interphase FISH for PML/RARA t(15;17) (รหัส 37575) (ราคา 4,400 บาท)
 - *ราคา 3,000 บาท แนะนำตรวจ Chromosome analysis ร่วมด้วย

การตรวจเลือกชนิดการทดสอบ

ประวัติครอบครัวหรือพิมพ์ประวัติผู้ป่วยโดยย่อแนบมาด้วยเพื่อประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ

.....

.....

.....

***** สำหรับการตรวจก่อนคลอด กรุณาให้ผู้ป่วยอ่านและเห็นรับทราบคำชี้แจงการแปลผลและข้อจำกัด *** ทุกครั้ง**

ข้าพเจ้า (นางสาว, นาง).....นามสกุล..... (ผู้ขอรับการตรวจ)

ได้อ่านและรับทราบ คำชี้แจงการแปลผลและข้อจำกัดในการตรวจโครโมโซมก่อนคลอด ดังนี้

1. เป็นการตรวจโครงสร้างของสารพันธุกรรมระยะหนึ่ง ที่เรียกว่า **โครโมโซม** โครโมโซมได้รับมาจากพ่อและแม่อย่างละครึ่ง เป็นตัวกำหนดลักษณะต่างๆ ของร่างกายคนเรา ลูกจึงมีส่วนคล้ายคลึงพ่อและแม่ เพราะได้รับกรรมพันธุ์มาจากพ่อและแม่นั่นเอง โครโมโซมอยู่ในร่างกายเกือบทุกส่วน ดังนั้น การตรวจก่อนคลอดจากน้ำคร่ำที่มีส่วนหลุดลอกจากเยื่อผิวต่างๆของร่างกายทารกในครรภ์ หรือชิ้นเนื้อออกจากส่วนทารก จึงใช้ตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ได้

2. คนปกติมีโครโมโซม 46 แท่ง (รวมโครโมโซมเพศด้วย) การวิเคราะห์โครโมโซมจะตรวจสอบสิ่งต่อไปนี้

- ดูเพศทารกและนับจำนวนว่ามีครบ 46 แท่งหรือไม่ เช่น ถ้าโครโมโซม 21 เกินมา 1 แท่ง ทารกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ หรือเรียกทั่วไปว่าเด็กดาวน์ ซึ่งเป็นโครโมโซมผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด

- ดูรูปร่างของโครโมโซมว่าปกติหรือไม่

3. ผลการตรวจโครโมโซมเป็นการตรวจภายใต้กล้องจุลทรรศน์ที่กำลังขยาย 1,000 เท่า จึงมีข้อจำกัดในการตรวจได้ในเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ความผิดปกติที่มีขนาดเล็กมากๆ อาจไม่สามารถมองเห็นได้กล้องจุลทรรศน์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของห้องปฏิบัติการทุกแห่ง

4. การตรวจทำโดยมีระบบควบคุมคุณภาพ มีมาตรฐานคือ ผลการตรวจแต่ละรายต้องทำมาจากผู้ทำอย่างน้อย 2 คน และจากการเพาะเลี้ยงมากกว่า 1 ชุด รายงานผลการวิเคราะห์อย่างน้อย 10-15 เซลล์ แต่บางครั้งอาจมีปัญหาด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ตัวอย่างมีปริมาณน้อย น้ำคร่ำมีเลือดหรือซีเทาปน ปัญหาจากการเพาะเลี้ยงเซลล์ ซึ่งพบได้น้อยประมาณร้อยละ 0.2-0.5 และอาจจะได้ผลต่ำกว่ามาตรฐานหรือผลไม่ชัดเจน กรณีนี้ทางห้องปฏิบัติการจะแจ้งให้แพทย์ผู้ส่งตรวจรับทราบและให้ท่านและสามีตัดสินใจว่าต้องการเจาะน้ำคร่ำซ้ำหรือไม่

5. ผลการตรวจว่าโครโมโซมปกติ **ไม่ได้**เป็นตัวบ่งบอกว่าทารกในครรภ์จะไม่มีปัญหาอีกเลย เพราะอาจมีความผิดปกติระดับที่เล็กมาก ไม่สามารถตรวจได้โดยการตรวจโครโมโซม นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพัฒนาการและเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เช่น ยา การติดเชื้อ ปัญหาระหว่างคลอดหรือหลังคลอด แต่ท่านไม่ควรวิตกกังวลเกินไปเพราะเป็นความเสี่ยงทั่วไปที่พบได้ในทุกการตั้งครรภ์

6. ในบางกรณีทารกในครรภ์บางรายที่มีโครโมโซมผิดปกติในอัตราส่วนที่น้อยอยู่ปนกับโครโมโซมปกติเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเองได้ การตรวจอาจไม่พบความผิดปกติที่มีอยู่น้อยนั้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดของห้องปฏิบัติการทุกแห่ง

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกแห่งมีโอกาสผิดพลาดได้ ถึงแม้จะมีการควบคุมคุณภาพอย่างดีที่สุดแล้ว การเกิดความผิดพลาดจากสถิติทั่วไปของการตรวจก่อนคลอดจะน้อยกว่า 1 ใน 1,000

8. ในกรณีตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น การตรวจดีเอ็นเอ หรือ เทคนิคพิเศษอื่นๆ ของการตรวจโครโมโซม ท่านต้องได้รับคำชี้แจงอีกครั้งในกรณีนั้น ซึ่งต้องมีใบยินยอมแยกต่างหาก

หากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ กรุณาสอบถามเพิ่มเติมจากแพทย์หรือพยาบาลที่ให้บริการตรวจก่อนคลอด

ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับ **คำชี้แจง**ข้างต้น และได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจ

(.....)

 มาคนเดียว

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25.....

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับการตรวจ เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

สำหรับห้องปฏิบัติการ วันที่รับ...../...../25..... เวลา..... ผู้รับ..... ผู้ส่ง.....

ลักษณะน้ำคร่ำ ไส ปนซีเทา ปนเลือด ชุน อื่นๆ ระบุ.....ปริมาตร...../...../.....ml ภาชนะ: Syringe Tube อื่นๆ ระบุ.....