

ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการอณูพันธุศาสตร์

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....วันที่เกิดตัวอย่าง...../...../.....
 H.N..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
 (สำหรับข้อมูลผู้ป่วย)

ชื่อแพทย์ผู้ส่ง (ตัวบรรจง) Ward/OPD/โรงพยาบาล

ชนิดสิ่งส่งตรวจ EDTA blood Amniotic fluid (AF)* Extracted DNA (..... ng/μL, total μL) Other (ระบุ.....)
 *สำหรับการตรวจก่อนคลอด กรุณาให้ผู้ป่วยอ่านและเซ็นรับทราบคำชี้แจงการแปลผลและข้อจำกัด ในหน้าที่ 2 ของเอกสารนี้

กรุณาระบุข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม / ประวัติครอบครัว / พงศาวลี หรือพิมพ์ประวัติครอบครัวโดยย่อแนบมาด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ

วิธีรับผล (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง)
 ทางไปรษณีย์ถึง ชื่อ-นามสกุล
 ที่อยู่รับผลตรวจ.....
 โทรศัพท์.....
 เจ้าหน้าที่รับด้วยตนเอง ชื่อ-นามสกุล
 โทรศัพท์.....
 *** หากมีปัญหาที่ต้องติดต่อ หรือแจ้งผลเบื้องต้นทางโทรศัพท์ โปรดระบุผู้รับผล ชื่อ-นามสกุล โทรศัพท์.....

Molecular Genetic Testing (DNA analysis) กรุณา X เลือกการตรวจใน ด้านหน้าการตรวจ

Neurological Disorders		Hematological Disorders		Other	
<input type="radio"/> 37541	Adrenoleukodystrophy, ALD	<input type="radio"/> 37525	Hemophillicia A (F8) Intron 22 Inversion	<input type="radio"/> 37558	CADASIL (NOTCH 3) Mutation
<input type="radio"/> 37540	ARX common mutation screening (exon 2)	<input type="radio"/> 37554	Hemophillicia A (F8) Mutation	<input type="radio"/> 37618	Crigler-Najjar Syndrome (UGT1A1)
<input type="radio"/> 37548	ARX whole gene sequencing (5 exons)	<input type="radio"/> 37615	Hemophillicia A (F8) Linkage	<input type="radio"/> 37533	Deafness (CX26/GJB2) Mutation
<input type="radio"/> 37522	Charcot-Marie-Tooth type 1 and HNPP (PMP22)	<input type="radio"/> 37618	Hemophillicia B (F9) Mutation	<input type="radio"/> 37559	FGFR2 Mutation
<input type="radio"/> 37556	DMRV (GNE) Mutation	<input type="radio"/> 37536	Hemochromatosis (HFE)	<input type="radio"/> 37559	FGFR3 Mutation
<input type="radio"/> 37535	Dopa-responsive Dystonia (DYT1) / Primary Torsion Dystonia (PTD)	<input type="radio"/> 30224	Factor XI Deficiency (F11)	<input type="radio"/> 37618	Greig Cephalopolysyndactyly Syndrome
<input type="radio"/> 37511	Duchenne/Becker Muscular Dystrophy - MLPA	<input type="radio"/> 30225	Factor XII / Hageman Deficiency (F12)	<input type="radio"/> 37615	Goldmann-Favre Syndrome
<input type="radio"/> 37511	Duchenne/Becker Muscular Dystrophy - Linkage	<input type="radio"/> 30237	Thrombophilia-FII & FV HK	<input type="radio"/> 37617	GNAS1 Mutation
<input type="radio"/> 37555	Dysferlinopathy (Dysferlin)	<input type="radio"/> 37516	Thrombophilia-FV Leiden	<input type="radio"/> 37617	Hyperuricemia (HPR1)
<input type="radio"/> 37509	Fragile X Syndrome	<input type="radio"/> 37517	Thrombophilia-MTHFR	<input type="radio"/> 37549	Marfan (FBN1) Mutation
<input type="radio"/> 37509+30402	*Prenatal diagnosis for Fragile X syndrome	Mitochondrial Diseases		<input type="radio"/> 37537	Pancreatitis (PRSS1)
<input type="radio"/> 37527	Huntington Disease	<input type="radio"/> 37564	Kearns Sayre Syndrome (KSS) / CPEO	<input type="radio"/> 37562	Pancreatitis (SPINK1)
<input type="radio"/> 37530	Kennedy Disease (SBMA)	<input type="radio"/> 37563	Leber Hereditary Optic Neuropathy (LHON)	<input type="radio"/> 37508	PCR for SRY gene
<input type="radio"/> 37538	Metachromatic Leukodystrophy, MLD	<input type="radio"/> 37565	MELAS, MERRF, NARP	<input type="radio"/> 37613	* QF-PCR for Aneuploidy Screening (chromosome 13,18,21)
<input type="radio"/> 37614	Nemaline Myopathy (ACTA1)	Pharmacogenetics		กรุณาตรวจสอบราคากำหนดสอบที่ www.pathology.psu.ac.th/index.php/about/testlist โทร 074-451584 หรือ สแกน QR code 	
<input type="radio"/> 37528	Oculopharyngeal Muscular Dystrophy	<input type="radio"/> 30621	HLA-B*15:02 Screening (carbamazepine)		
<input type="radio"/> 37512	Prader-Willi / Angelman Syndrome (MS-PCR analysis)	<input type="radio"/> 30622	HLA-B*58:01 Screening (allopurinol)		
<input type="radio"/> 37539	Rett Syndrome (MECP2)	Hereditary cancers			
<input type="radio"/> 37513	Spinal Muscular Atrophy (SMA)	<input type="radio"/> 37560	MEN 2A, MEN 2B (RET) Mutation		
<input type="radio"/> 37529	Spinocerebellar Ataxia type 1, 2, 3	<input type="radio"/> 37534	von Hippel-Lindau Disease (VHL)		
<input type="radio"/> 37553	Wilson Disease Mutation	<input type="radio"/> DNA extraction and preparation (เบิกไม่ได้)			

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการระบุข้อมูล ชื่อ-นามสกุล HN โรงพยาบาล

ชนิด/ปริมาณ/จำนวนสิ่งส่งตรวจ..... สภาพตัวอย่าง ผ่าน ไม่ผ่าน วันที่รับตัวอย่าง/...../..... เวลา.....
 ผู้รับตัวอย่าง

ข้าพเจ้า (นางสาว, นาง)นามสกุล.....

ได้อ่านและรับทราบ คำชี้แจงการแปลผลและข้อจำกัดในการตรวจดีเอ็นเอก่อนคลอด ดังนี้

1. เป็นการตรวจสารพันธุกรรม ที่เรียกว่า ดีเอ็นเอ ซึ่งได้รับมาจากพ่อและแม่อย่างละครึ่ง เป็นตัวกำหนดลักษณะต่าง ๆ ของร่างกายคนเรา ส่งผลให้ลูกมีส่วนคล้ายพ่อและแม่จากกรรมพันธุ์ที่ได้รับ ดีเอ็นเออยู่ในร่างกายเกือบทุกส่วน ดังนั้น การตรวจก่อนคลอดจากน้ำคร่ำที่มีส่วนหลุดลอกจากเยื่อผนังต่าง ๆ ของร่างกายทารกในครรภ์ หรือชิ้นเนื้อรกได้
2. การตรวจดีเอ็นเอเป็นการตรวจบางส่วนของสายดีเอ็นเอที่เรียกว่า “ยีน” เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคที่สงสัยเท่านั้น
3. การแปลผลการตรวจดีเอ็นเอ มีความแม่นยำมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับเทคนิคการตรวจ ข้อจำกัดของการทดสอบ และความซับซ้อนของแต่ละโรค
4. ในบางกรณี อาจต้องมีการเพาะเลี้ยงเซลล์ประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ดีเอ็นเอปริมาณมากพอสำหรับการทดสอบ จึงอาจใช้เวลานานกว่าการตรวจดีเอ็นเอส่วนใหญ่
5. การตรวจในบางกรณี อาจไม่ได้ผลการตรวจ หรือมีผลที่ไม่ชัดเจน ในกรณีนี้ทางห้องปฏิบัติการจะแจ้งให้แพทย์ผู้ส่งตรวจรับทราบและให้ท่านและสามีตัดสินใจว่าต้องการเจาะน้ำคร่ำซ้ำหรือไม่
6. ในกรณีที่ผลการตรวจได้ผลปกติ **ไม่ได้** เป็นตัวบ่งบอกว่าทารกในครรภ์จะไม่มีปัญหาทางสุขภาพ เพราะอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพัฒนาการและเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เช่น ยา การติดเชื้อ ความผิดปกติจากยีนในส่วนที่อยู่นอกเหนือการตรวจ ปัญหาหระหว่างคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงที่เทียบเท่าประชากรทั่วไป สามารถพบได้ในทุกการตั้งครรภ์
7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกแห่งมีโอกาสผิดพลาดได้ แม้จะมีการควบคุมคุณภาพอย่างดีที่สุด การเกิดความผิดพลาดจากสถิติทั่วไปของการตรวจก่อนคลอดในห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน จะน้อยกว่า 1 ใน 1,000

ขอให้ท่านรับฟังคำชี้แจงการตรวจดีเอ็นเอเฉพาะโรคอีกครั้งก่อนเซ็นใบยินยอมนี้ เพื่อทราบรายละเอียดในแต่ละโรค เพราะใบยินยอมนี้สำหรับความเข้าใจทั่วไปในการตรวจดีเอ็นเอก่อนคลอดเท่านั้น

หากมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามเพิ่มเติมจากแพทย์หรือพยาบาลที่ให้บริการตรวจก่อนคลอด

ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับคำชี้แจงข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ข้อมูลการตรวจเฉพาะโรค (ถ้ามี)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25.....