

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจ Hb typing / Alpha-thalassemia 1

กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา 616/1 ม.2 ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา 90100

โทรศัพท์ 0-7433-0277, 0-7433-0211 มือถือ 08-6489-2038 โทรสาร 074-330215

รายการที่ขอตรวจ :  Hemoglobin typing  Alpha-thalassemia 1  
 Hemoglobin typing + Alpha-thalassemia 1 หากพบข้อบ่งชี้

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ ..... โทรศัพท์ .....

วันที่เจาะเลือด : ..... ผู้เจาะเลือด ..... ชื่อ-สกุลของแพทย์หรือผู้ส่งตรวจ .....

ไม่เข้าเกณฑ์เบิกจาก สปสช.

เข้าเกณฑ์เบิกจาก สปสช.ได้ \* (ให้ลงข้อมูลหญิงฝากครรภ์และสามีในใบเดียวกัน)

\*\*ฝากครรภ์ ให้ข้อมูลอายุครรภ์ เลขบัตรประชาชน ส่งตรวจทั้งภรรยาและสามี

หญิงฝากครรภ์ หรือ ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล ..... อายุ .....ปี.....เดือน เพศ  ชาย  หญิง H.N. ....

เลขที่บัตรประชาชน ..... อายุครรภ์เมื่อเจาะเลือด .....

สัปดาห์

เหตุผลที่ส่งตรวจ  ตั้งครรภ์ คู่สมรส ชื่อ ..... (ข้อมูลคู่สมรสกรอกด้านล่าง)

เพื่อแยกสาเหตุโลหิตจาง  อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติได้รับ Blood transfusion ใน 3 เดือนที่ผ่านมา  มี  ไม่มี

ผลการตรวจคัดกรอง : DCIP test  Positive  Negative OF test  Positive  Negative

ผล CBC (หากไม่เขียนให้แนบผลจากเครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ) :

Hb ..... g/dl Hct .....% MCV ..... fl MCH ..... pg MCHC ..... g / dl RDW .....

RBC morphology :  Normal  Anisocytosis...  Poikilocytosis.....  Polychromasia.....  อื่นๆ .....

คู่สมรสของหญิงฝากครรภ์

ชื่อ - สกุล ..... อายุ .....ปี.....เดือน เพศ  ชาย  หญิง H.N. ....

เลขที่บัตรประชาชน .....

ประวัติได้รับ Blood transfusion ใน 3 เดือนที่ผ่านมา  มี  ไม่มี

ผลการตรวจคัดกรอง : DCIP test  Positive  Negative OF test  Positive  Negative

ผล CBC (หากไม่เขียนให้แนบผลจากเครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ) :

Hb ..... g/dl Hct .....% MCV ..... fl MCH ..... pg MCHC ..... g / dl RDW .....

RBC morphology :  Normal  Anisocytosis...  Poikilocytosis.....  Polychromasia.....  อื่นๆ .....