



แบบฟอร์มส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย

หน่วยวิจัยธาลัสซีเมีย ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก
99 อาคารสิริธรรม ชั้น 3 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

Tel.055-965058, 055-965020 Fax. 055-965021 E-mail. Thalassemia.nu@nu.ac.th

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

วันที่ส่งส่งตรวจ.....จำนวนส่งตรวจ.....ราย

1. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ PCR for Alpha thalassemia - 1 ☐ Beta thalassemia mutation

☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่เก็บส่งตรวจ.....

2. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ PCR for Alpha thalassemia - 1 ☐ Beta thalassemia mutation

☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่เก็บส่งตรวจ.....

3. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ PCR for Alpha thalassemia - 1 ☐ Beta thalassemia mutation

☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่เก็บส่งตรวจ.....

4. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ PCR for Alpha thalassemia - 1 ☐ Beta thalassemia mutation

☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่เก็บส่งตรวจ.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....ผู้รับผิดชอบส่งตรวจ.....โทรศัพท์.....