



แบบฟอร์มส่งตรวจธาลัสซีเมียเพื่อกำหนดความเสี่ยงโครงการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

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

โรงพยาบาลผู้ส่งตรวจ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

จำนวน.....ตัวอย่าง.....วันที่ส่งตรวจ.....

คู่ที่	ชื่อ - นามสกุล	HN	อายุ	ประวัติการให้เลือด	วันที่เจาะเลือด	ผลการตรวจ		รายการที่ส่งตรวจ		
						Screening Test		Hb	alpha	Beta
						OF / MCV / MCH	DCIP	typing	thal-1	mutation
ภรรยา:				☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
	สามี:			☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
ภรรยา:				☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
	สามี:			☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
ภรรยา:				☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
	สามี:			☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
ภรรยา:				☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
	สามี:			☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
ภรรยา:				☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						
	สามี:			☐ ไม่เคย						
	เลขบัตร			☐ เคย เมื่อ.....						

1 ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล

2 กรุณากรอกชื่อ-นามสกุลและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อประโยชน์ในการเบิกค่าตรวจจาก สปสช.

3 บันทึกการส่งตรวจผ่านทางโปรแกรมของ สปสช. หากไม่บันทึกการเบิกค่าตรวจจะเบิกจากโรงพยาบาลผู้ส่งตรวจ

ผู้รับผิดชอบการส่งตรวจ..... โทรศัพท์.....