



แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดคู่เสี่ยงที่อาจให้บุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

โครงการควบคุมและการป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หน่วยวิจัยธาลัสซีเมีย ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พิชณุโลก

99 อาคารสิริธรรม ชั้น 3 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิจิตร 65000

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

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
วันที่เก็บส่งตรวจ.....

เป็นคู่เสี่ยงชนิด ☐ Beta -thalassemia/Hb E ☐ Beta thalassemia major ☐ Bart's hydrop fetalis

ชนิดของส่งตรวจ ☐ Fetal blood ☐ Amniotic Fluid (อย่างน้อย 10 ml) ☐ CVS

***หมายเหตุ - ส่งพร้อมตัวอย่างเลือดภรรยา และสามีทุกครั้งเพื่อการตรวจความปนเปื้อนของส่งตรวจ

พร้อมแนบสำเนาผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความเสี่ยงธาลัสซีเมียทุกครั้ง

ภรรยา ชื่อ.....อายุ.....ปี อายุครรภ์.....สัปดาห์ HN.....

เลขบัตรประชาชน ☐- ☐☐☐☐☐- ☐☐☐☐☐☐- ☐☐-☐ (กรุณากรอกให้ครบถ้วน)

ผลการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย.....

สามี ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

เลขบัตรประชาชน ☐- ☐☐☐☐☐- ☐☐☐☐☐☐- ☐☐-☐ (กรุณากรอกให้ครบถ้วน)

ผลการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย.....

1.ควรรายงานผลการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียทั้งภรรยาและสามีในแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์

ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล

2. กรุณากรอกชื่อ-นามสกุลและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อประโยชน์ในการเบิกค่าตรวจจาก สปสช.

3.บันทึกการส่งตรวจผ่านทางโปรแกรมของ สปสช. หากไม่บันทึกการเบิกค่าตรวจจะเบิกจากโรงพยาบาลผู้ส่งตรวจ

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

ผู้ส่งตรวจ..... วันที่ส่งส่งตรวจ..... โทรศัพท์.....

FR-QP-THAL-022/03 แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่ประกาศใช้ 1 ส.ค. 60

(เอกสารหมายเลข 3)