

ใบนำส่งตัวอย่างตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 วิธี DNA-PCR จากหลอดเลือด
 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี-1
 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี รหัสสถานพยาบาล 14627

นิคมซอย 2 ต.ขุนทะเล อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84100 โทรศัพท์ 0 7735 5301 - 6 โทรสาร 0 7735 5300

สำหรับโรงพยาบาล/สถานพยาบาล (ผู้รับบริการ เป็นผู้กรอก)	
กรณารอกข้อมูลตัวอย่างเด็กให้ครบถ้วน เพื่อสิทธิในการขอรับบริการตรวจฟรี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	
รหัสประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ HN..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
เลขที่ใบส่งตรวจ PCR □□□□□-□□□□□-□□□□□□□□	
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....	อายุเดือน.....วัน
ข้อมูลการได้รับยาต้านไวรัส	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ ระบุ
ข้อมูลการรับนมมารดา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับมารดา/คั้นนมผง <input type="checkbox"/> คั้นนมมารดา ครั้งสุดท้าย (วัน.....เดือน..... ปี.....)
อาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ (ระบุ).....
มารดาได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกหรือไม่ <input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
ความเสี่ยงของทารก ต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่	
<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงทั่วไป	
<input type="checkbox"/> Plasma Viral (VL) ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ ≤ 50 copies/ml	
<input type="checkbox"/> ในกรณีไม่มีผล Plasma Viral (VL) ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (MAART) > 12 สัปดาห์	
<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง	
<input type="checkbox"/> Plasma Viral (VL) ของแม่ที่ 36 สัปดาห์ >50 copies/ml <input type="checkbox"/> แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ	
<input type="checkbox"/> ในกรณีไม่มีผล Plasma Viral (VL) ให้ใช้ประวัติแม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (MAART) ≤ 12 สัปดาห์ก่อนคลอด	
ผู้ปกครองยินยอมให้มีตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 ในเด็ก <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
ส่งตรวจครั้งที่ <input type="checkbox"/> PCR 1 (อายุ ≥ 25 วัน) <input type="checkbox"/> PCR 2 (อายุ 2- 4 เดือน) <input type="checkbox"/> PCR 3** (กรณีผลการตรวจขัดแย้ง)	
วัน เดือน ปี ที่เจาะเลือด/...../..... เวลา..... ปริมาตรมล.	
กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน	
ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน (โรงพยาบาล/สถานพยาบาล)	
หน่วยงาน/รพ.....ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....	
ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....	

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานีเป็นผู้กรอกเท่านั้น		
<input type="checkbox"/> รับตัวอย่าง	<input type="checkbox"/> รับตัวอย่าง แบบมีเงื่อนไข	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธตัวอย่าง
	<input type="checkbox"/> ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 1.0 มล. <input type="checkbox"/> ตัวอย่างเม็ดเลือดแดงแตก Hemolysis <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	<input type="checkbox"/> อายุเด็กน้อยกว่า 25 วัน หรือเกิน 18 เดือน <input type="checkbox"/> หลอดใส่ตัวอย่างแตก เสียหาย <input type="checkbox"/> ตัวอย่างเน่าเสีย เป็นสีน้ำตาล หรือดำ <input type="checkbox"/> เลือดแข็งตัวเป็นก้อน Clot <input type="checkbox"/> ตัวอย่างไม่มีความเย็น ระหว่างการขนส่ง <input type="checkbox"/> ตัวอย่างถูกเก็บเกิน 48 ชั่วโมงภายหลังการเจาะเลือด <input type="checkbox"/> ตัวอย่างที่แยกเซลล์กับพลาสมา เกิน 7 วัน
ผู้รับตัวอย่าง.....วัน เดือน ปี...../...../.....เวลา.....		

แนวทางปฏิบัติการเก็บและนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจการติดเชื้อ HIV-1 วิธี DNA-PCR จากหลอดเลือด

สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี-1

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี รหัสสถานพยาบาล 14627

นิคมซอย 2 ต.ขุนทะเล อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84100 โทรศัพท์ 0 7735 5301 - 6 โทรสาร 0 7735 5300

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจ

ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 โดยวิธี Multiplex Nested DNA PCR เพื่อหา proviral DNA ของเชื้อเอชไอวี-1 ที่อยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว

2. เป้าหมาย

เด็กไทยที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เด็กต้องมีอายุ ≥ 25 วัน แต่ไม่เกิน 12 เดือน การวินิจฉัยการติดเชื้อเด็ก 1 ราย ต้องส่งตัวอย่างเลือด 2 ครั้ง โดยเจาะเลือดส่งตรวจ ครั้งแรก เมื่ออายุเด็ก ≥ 25 วัน ครั้งที่ 2 เจาะห่างจากตัวอย่างครั้งแรก ≥ 2 สัปดาห์ ขึ้นไป ในช่วงอายุเด็ก อายุ 2- 4 เดือน หากผลการทดสอบซ้ำขัดแย้งระหว่างตัวอย่างทั้งสองครั้ง จำเป็นต้องขอตัวอย่างครั้งที่ 3

3. ข้อเสนอแนะวิธีการเก็บส่งตรวจ

- 3.1 เจาะเลือดให้ได้ปริมาตรประมาณ 1-2 มล. ใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA พลิกหลอดที่ใส่เลือดแล้ว กลับไป-มา เพื่อผสมเลือดให้เข้ากับสารกันเลือดแข็งอย่างดี ป้องกันการเกิด การจับตัวเป็นก้อนของเลือด (Clot)
- 3.2 ระบุรหัสขี้บ่งตัวอย่างเด็ก เช่น HN หรือ เลขประจำตัวประชาชน บนหลอดเก็บเลือดที่สามารถทวนสอบกับใบนำส่งตัวอย่างได้ **กรอกข้อมูลรายละเอียดตัวอย่างในใบนำส่ง 1 ตัวอย่าง ต่อ 1 ใบ ให้ครบถ้วนชัดเจน**
- 3.3 นำส่งตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการฯ ไม่เกิน 48 ชั่วโมง หลังเจาะเลือด ในสภาพที่เย็น (ห้ามใช้น้ำแข็งแห้ง/แช่แข็งตัวอย่าง)
- 3.4 หากไม่สามารถนำส่งได้ภายใน 48 ชั่วโมง ให้ปั่นแยกเลือด ที่ความเร็ว 800-1,600 g นาน 20 นาที ดูดพลาสมา ใส่ในหลอดขนาด 2.0 มล. และ Pack cell ใส่ในหลอดขนาด 2.0 มล. เก็บที่ -20°C หรือช่องแช่แข็ง นำส่งทั้งพลาสมาและ Pack cell ในสภาพแช่เย็นโดยเร็วที่สุด (ไม่เกิน 7 วัน ภายหลังจากการเจาะเลือด)

4. การนำส่งตัวอย่าง

- 4.1 นำหลอดเลือดที่ได้จากการปฏิบัติตามข้อ 3 ใส่ในถุงซิปล็อคหรือถุงพลาสติกแยกเป็นรายตัวอย่าง (1 ถุงต่อ 1 ตัวอย่าง)
- 4.2 นำถุงตัวอย่างใส่ในภาชนะมีฝาปิด เช่น กล่องโฟม หรือกระติกน้ำแข็ง แล้วบรรจุน้ำแข็งหรือ ice pack ให้มีความเย็นเพียงพอ ขณะนำส่งจนถึงห้องปฏิบัติการ (ห้ามใช้น้ำแข็งแห้งและห้ามแช่แข็งตัวอย่าง)
- 4.3 จัดทำหนังสือนำส่งจากหน่วยงาน ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งตรวจและจำนวนตัวอย่าง (การส่งตัวอย่าง 1 ครั้ง ไม่ว่าจะมียตัวอย่าง ก็รายก็ตาม ให้ใช้หนังสือนำส่งเพียง 1 ใบ)
- 4.4 ส่งตัวอย่างพร้อมใบนำส่งและหนังสือนำส่ง ในวันและเวลาราชการ ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี นิคมซอย 2 ต.ขุนทะเล อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84100 ติดต่องานรับตัวอย่าง โทรศัพท์ 0 7735 5301 - 6 ต่อ 100

3. วันเวลาทำการและการรายงานผล

เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30 น.-16.30 น. ยกเว้นวันหยุดราชการ รายงานผล ภายใน 10 วันทำการ นับตั้งแต่ห้องปฏิบัติการรับตัวอย่าง จนถึงวันส่งใบรายงานผล กรุณาแจ้งชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อติดต่อกรณีพบปัญหา และแจ้ง ชื่อ-สกุล ที่จัดส่งสำหรับผู้มีสิทธิรับใบรายงานผล เพื่อรักษาความลับ สิทธิของผู้ป่วย และความสะดวกรวดเร็วในการจัดส่งใบรายงานผล

4. ข้อกำหนดการรับไว้แบบมีเงื่อนไขหรือการปฏิเสธตัวอย่าง

การรับตัวอย่าง แบบมีเงื่อนไข	การปฏิเสธตัวอย่าง
1. ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน	1. อายุเด็กน้อยกว่า 25 วัน หรือเกิน 18 เดือน
2. ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 1.0 มล.	2. หลอดใส่ตัวอย่างแตก เสียหาย
3. ตัวอย่างเม็ดเลือดแดงแตก Hemolysis	3. ตัวอย่างเน่าเสีย เป็นสีน้ำตาล หรือดำ
	4. เลือดแข็งตัวเป็นก้อน Clot
	5. ตัวอย่างไม่มีความเย็น ระหว่างการขนส่ง
	6. ตัวอย่างถูกเก็บเกิน 48 ชั่วโมงภายหลังจากการเจาะเลือด
	7. ตัวอย่างที่แยกเซลล์กับพลาสมา เกิน 7 วัน