

ใบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

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

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล..... HN..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปีเดือน
เลขประจำตัวประชาชน..... สิทธิการรักษาพยาบาล.....
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ป่วยเป็นโรค 1. Epilepsy 2. Schizophrenia 3. Trigeminal neuralgia 4. Neuropathic pain
 5. Gout 6. Hyperuricemia 7. HIV/AIDS 8. TB
 9. Other

ประวัติแพ้ยา ไม่มี มี ระบุชื่อยา วันที่เริ่มแพ้ยา..... อาการ.....

ข้อมูลของหน่วยงาน/โรงพยาบาล/สถานพยาบาล

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... โรงพยาบาล/หน่วยงาน..... จังหวัด.....
ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ส่งตัวอย่างตรวจ

- HLA-B*75 (ประกอบด้วย HLA-B*15:02, HLA-B*15:08, HLA-B*15:11, HLA-B*15:21, HLA-B*15:31)
สำหรับ SJS/TEN จากยา Carbamazepine and Oxcarbazepine
- HLA-B*58:01 สำหรับ SJS/TEN/DHS จากยา Allopurinol
- HLA-B*57:01 สำหรับ Hypersensitivity จากยา Abacavir

การเก็บและจัดส่งตัวอย่าง

ตัวอย่างเลือด (EDTA Blood) เก็บเมื่อ

วันที่ส่งตัวอย่าง ภาวะการขนส่ง อุณหภูมิห้อง แช่เย็น

วิธีการส่ง รถทัวร์ บริษัทรับขนส่ง ส่งโดยตรงที่ศูนย์วิทยาฯ ไปรษณีย์ด่วน EMS

ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่มีสิทธิ์รับใบรายงานผล

ชื่อ ที่อยู่.....
โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานีเป็นผู้กรอกเท่านั้น		
<input type="checkbox"/> รับตัวอย่าง	<input type="checkbox"/> รับตัวอย่าง แบบมีเงื่อนไข <input type="checkbox"/> ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 1.0 มล. <input type="checkbox"/> ตัวอย่างเม็ดเลือดแดงแตก Hemolysis <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธตัวอย่าง <input type="checkbox"/> หลอดใส่ตัวอย่างแตก เสียหาย <input type="checkbox"/> ไม่มีฉลากบ่งชี้หลอดตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ไม่ใส่สารกันเลือดแข็ง หรือเลือดแข็งตัวเป็นก้อน Clot <input type="checkbox"/> ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin <input type="checkbox"/> ตัวอย่างเน่าเสีย
ผู้รับตัวอย่าง.....วัน เดือน ปี...../...../.....เวลา.....		

แนวทางปฏิบัติการเก็บและนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

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

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจ

ตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ โดยวิธี PCR เพื่อตรวจหายีนที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยา ด้วยวิธี Real-time PCR

2. เป้าหมาย

ตรวจเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่จะเริ่มรับยา หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาและเกิดอาการแพ้ยา

3. ข้อเสนอแนะวิธีการเก็บส่งตรวจ

- 3.1 เจาะเลือดให้ได้ปริมาตรอย่างน้อย 1 มิลลิลิตร ใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA พลิกหลอดที่ใส่เลือดแล้วกลับไปมา เพื่อผสมเลือดให้เข้ากับสารกันเลือดแข็งอย่างดี ป้องกันการเกิด การจับตัวเป็นก้อนของเลือด (Clot)
- 3.2 ตัดฉลากรายละเอียดบ่งชี้ตัวอย่างที่หลอดเลือด
- 3.3 เก็บรักษาตัวอย่างไว้ที่ 2-8 องศาเซลเซียส และนำส่งตัวอย่างมาถึงห้องปฏิบัติการฯ ภายใน 15 วันหลังเจาะเลือด

4. การนำส่งตัวอย่าง

- 4.1 จัดทำหนังสือนำส่งจากหน่วยงาน ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งตรวจและจำนวนตัวอย่าง (การส่งตัวอย่าง 1 ครั้ง ไม่ว่าจะ มีตัวอย่าง ก็รายก็ตาม ให้ใช้หนังสือนำส่งเพียง 1 ใบ) โดยในหนังสือให้ระบุเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- 4.2 กรณีส่งด้วยตนเองให้นำหลอดตัวอย่างใส่ลงถุงซิปล็อค (1 ถุงต่อ 1 ตัวอย่าง) และใส่ในกล่องโฟมหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด พร้อมกรอกข้อมูลในใบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ให้ครบถ้วน นำส่งในวันและเวลาราชการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี นิคมซอย 2 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100 ติดต่องานรับตัวอย่าง โทรศัพท์ 0 7735 5301-6 ต่อ 100
- 4.3 กรณีส่งตัวอย่างทางไปรษณีย์ให้ส่งทางไปรษณีย์ด่วน (EMS) เท่านั้น โดยนำหลอดตัวอย่างใส่ลงถุงซิปล็อคและห่อด้วยวัสดุกันกระแทกหรือใส่ช่องกันกระแทก พร้อมใบนำส่งตัวอย่าง ส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี นิคมซอย 2 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100 ติดต่องานรับตัวอย่าง โทรศัพท์ 0 7735 5301-6 ต่อ 100

5. วันเวลาทำการและการรายงานผล

เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30 น.-16.30 น. ยกเว้นวันหยุดราชการ รายงานผล ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ห้องปฏิบัติการรับตัวอย่าง จนถึงวันส่งใบรายงานผล กรุณาแจ้งชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อติดต่อกรณีพบปัญหา และแจ้ง ชื่อ-สกุล ที่จัดส่งสำหรับผู้มีสิทธิ์รับใบรายงานผล เพื่อรักษาความลับ สิทธิของผู้ป่วย และความสะดวกรวดเร็วในการจัดส่งใบรายงานผล

6. ค่าตรวจวิเคราะห์ : รายการทดสอบละ 1,000 บาท/ตัวอย่าง

7. ข้อกำหนดการรับไว้แบบมีเงื่อนไขหรือการปฏิเสธตัวอย่าง

การรับตัวอย่าง แบบมีเงื่อนไข	การปฏิเสธตัวอย่าง
1. ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน	1. หลอดใส่ตัวอย่างแตก เสียหาย
2. ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 1.0 มล.	2. ไม่มีฉลากบ่งชี้หลอดตัวอย่าง
3. ตัวอย่างเม็ดเลือดแดงแตก Hemolysis	3. ไม่ใส่สารกันเลือดแข็ง หรือเลือดแข็งตัวเป็นก้อน Clot
4. อื่นๆ ระบุ.....	4. ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin
	5. ตัวอย่างเน่าเสีย