

คู่มือการส่งตรวจวิเคราะห์ทาง
ห้องปฏิบัติการส่งตรวจต่อ
(Referral Laboratory)



กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ประกาศใช้ 1 มีนาคม 2566

ฉบับที่ 6

หมายเลขเอกสาร SD-Guideline-CEN-002

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ประกอบด้วยทีมงานและบุคลากรทางการแพทย์ ที่มากด้วยประสบการณ์ในการทำงาน โดยให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์แก่โรงพยาบาล คลินิก สถานี่ราชการ เอกชน โรงงานอุตสาหกรรม สำนักงาน และบุคคลทั่วไป โดยคำนึงถึงผลงานการบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว สมดังพันธกิจที่ว่า “ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางเทคนิคการแพทย์ที่มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ และได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการ” อีกทั้งในอัตราค่าบริการการตรวจที่เหมาะสม

คู่มือการให้บริการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับนี้ ได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอข้อมูลในการให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการส่งตรวจต่อ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทั้งนี้เพื่อจะช่วยอำนวยความสะดวกและสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หากบกพร่องประการใดขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย และ/หรือสามารถติดต่อโดยตรงได้ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ดังที่อยู่ที่ได้ให้ไว้แล้วข้างต้น ทั้งนี้ในวันและเวลาราชการ

คณะผู้จัดทำ
มีนาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
● General Information	1
ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสำหรับส่งตรวจต่อ	2
การเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ	
- การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือด	3
- การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นปัสสาวะ	5
- การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำไขสันหลัง	5
- การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำจากช่องต่างๆ ของร่างกาย	6
วิธีการส่งรายการตรวจผ่านระบบ HOSxP	7
เกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	9
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งต่อ	10
รายการทดสอบเรียงตามตัวอักษร ซึ่งรายการตรวจที่ให้บริการห้องปฏิบัติการส่งต่อภายนอก	11
● การเก็บสิ่งส่งตรวจและส่งตรวจต่อในกรณีพิเศษ	
- ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสำหรับส่งตรวจต่อในกรณีพิเศษ	23
- การเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์สารเป็นพิษทั่วไป	24
- แบบนำส่งเพื่อหาสารเป็นพิษ	25
- หนังสือหนังสือส่งปัสสาวะ เพื่อตรวจพิสูจน์หาสารเสพติด	25
- แนวทางการส่งตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด	26
- รายการตรวจที่ให้บริการ	28
● ภาคผนวก	
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Alcohol ในเลือด	30
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Chromosome และ Flow cytometry Leukemia	31
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Chromosome Study	32
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจโรคติดเชื้อ Rickettsia	33
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจหาสารเป็นพิษ	35
- ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจหาพิสูจน์หาสารเสพติด	37

GENERAL INFORMATION

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ที่ทำการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ อาคาร 18 ชั้น 1
ห้องเจาะเลือดและรับส่งตรวจ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉินใหม่ ชั้น B

Tel 077-503-672-4 ต่อ 8472 ห้องเจาะเลือดและรับส่งตรวจ

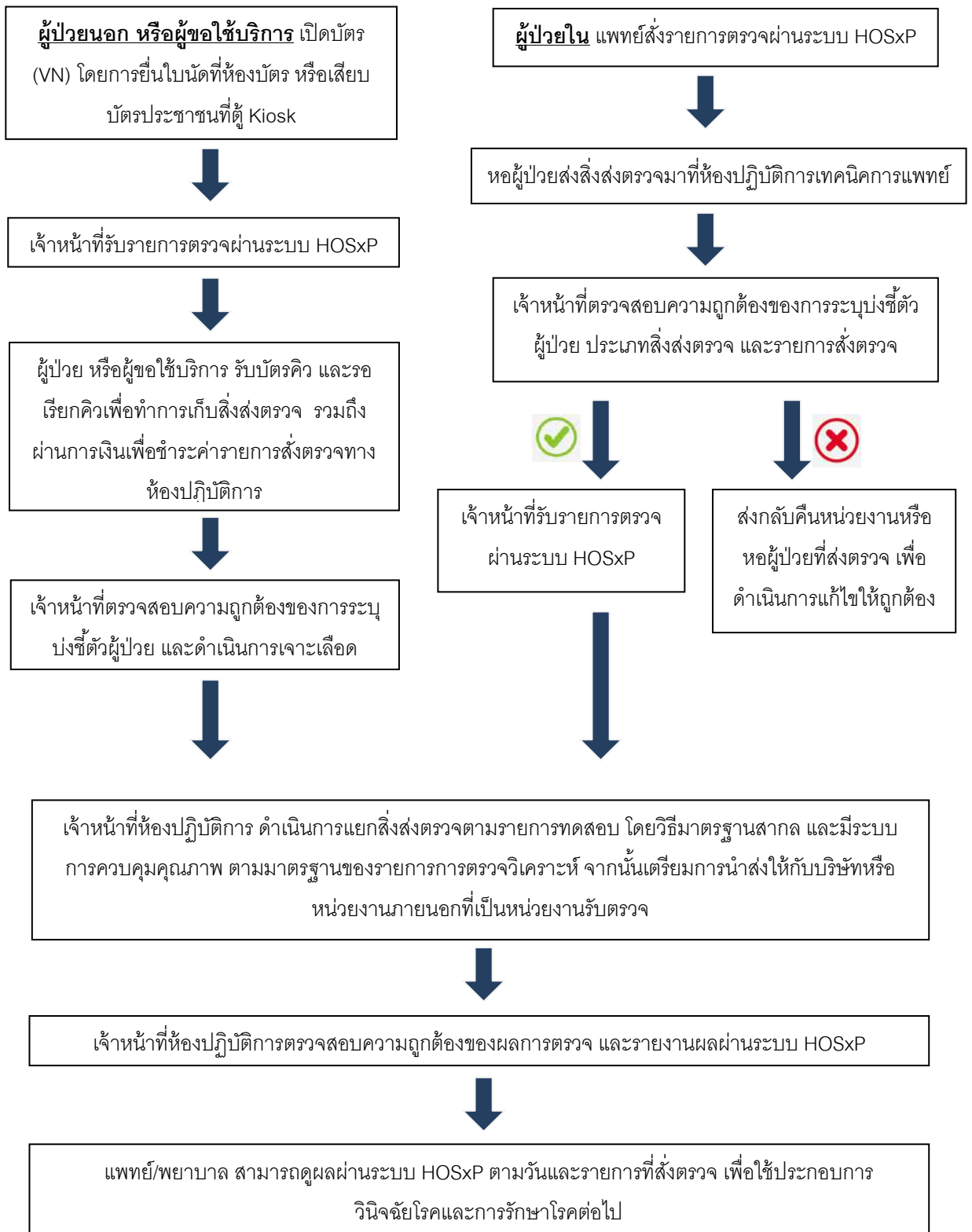
Fax 077-501716 , 077-502009

เวลาปฏิบัติงาน ในเวลาทำการ 8.00 – 16.00 น.

ที่ปรึกษาด้านการส่งตรวจต่อภายนอกของห้องปฏิบัติการ

นางวรางคณา	สุวรรณปักษ์	หัวหน้างานเจาะเลือดและรับส่งตรวจ	โทร 8472
น.ส.สิรามล	ศรีช่วง	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	โทร 8472
น.ส.ศจี	แก้วอำไพ	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	โทร 8472
น.ส.จันทิมา	หนูสุด	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	โทร 8472
น.ส.สุชาดา	สีกาแก้ว	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน	โทร 8472
นายพรศักดิ์	สมบุญธน์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน	โทร 8472

ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสำหรับส่งตรวจต่อ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร



การเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ

สิ่งส่งตรวจ (Specimen) จากผู้ป่วยมีหลายอย่าง เช่น เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง และของเหลวจากส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นต้น การเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย เพื่อนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อส่งตรวจต่อ จะมีหลักการและวิธีการเก็บที่แตกต่างกันดังนี้

1. การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือด (Blood) แบ่งได้เป็น

1.1 **เลือดที่ไม่ได้ใส่สารกันเลือดแข็ง (Clotted blood)** คือ เลือดที่เจาะออกมาแล้วทิ้งให้แข็งตัว เมื่อแยกเอาเม็ดเลือดแดงออกจะได้ส่วนของน้ำเลือดหรือซีรัม (Serum) ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิกและอื่นๆ ส่วนของซีรัมนี้สามารถเก็บไว้ได้นาน ถ้าแช่ในตู้เย็น 4 °C หรือตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -18 °C ถึง -20 °C ส่วนใหญ่การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งต่อภายนอก จะใช้ส่วนประกอบของเลือดชนิดน้ำเลือดหรือซีรัม (Serum) เช่น การตรวจหา Antibody ต่างๆ, ANA Profile, Tumor maker เป็นต้น

1.2 **เลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็ง (Anticoagulated blood)** การผสมสารกันเลือดแข็งกับเลือดจะต้องมีอัตราส่วนที่เหมาะสมและผสมให้เข้ากันดี เพื่อป้องกันการจับเป็นก้อนของเม็ดเลือด และต้องเลือกใช้ชนิดของสารกันเลือดแข็งให้ถูกต้องกับการทดสอบต่างๆ เลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็งนี้ เมื่อบั่นแยกเอาส่วนของเม็ดเลือดแดงออก น้ำเลือดที่ได้จะเรียกว่า พลาสมา (Plasma) ซึ่งประกอบด้วย

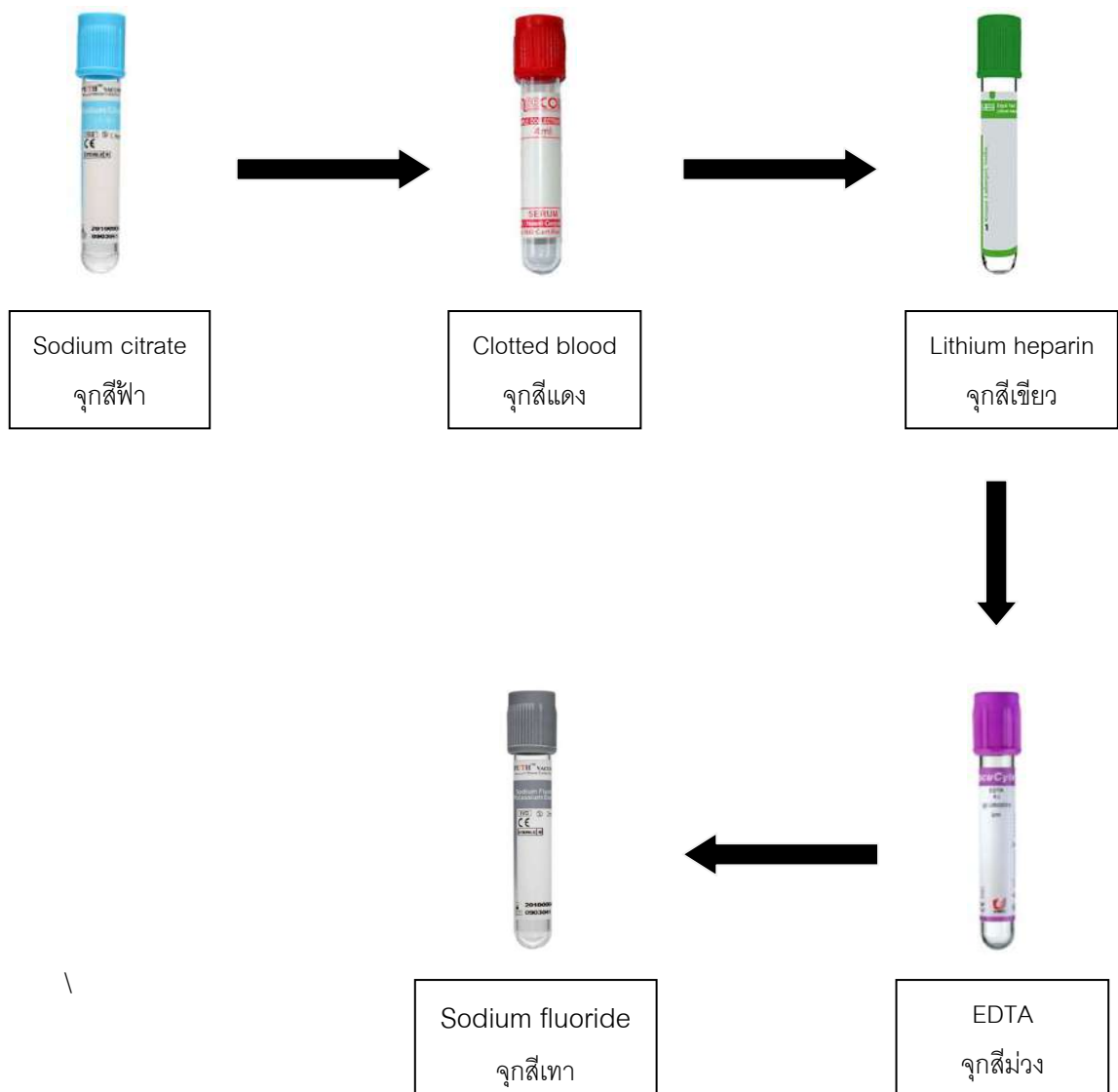
1.2.1 เลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็งชนิดโซเดียมซิเตรท (Sodium citrate) (จุกสีฟ้า) โดยทั่วไปจะใช้ในรูปสารละลายที่มีความเข้มข้น 3.2 หรือ 3.8 % ใช้อัตราส่วนของ 3.2 หรือ 3.8 % โซเดียมซิเตรท 1 ส่วนต่อเลือด 9 ส่วน ต้องรีบนำส่งทันทีหรือไม่ควรเกินกว่า 2 ชั่วโมง เลือดชนิดนี้จะใช้ในการตรวจ D-dimer และ Lupus Anticoagulant เป็นต้น

1.2.2 เลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็งชนิดลิเทียมเฮปาริน (Lithium Heparin) (จุกสีเขียว) เช่น การตรวจ Chromosomes study

1.2.3 เลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA (EDTA blood) (จุกสีม่วง) ใช้อัตราส่วน EDTA~ 1 มก. ต่อเลือด 1 มล. โดยทั่วไปห้องปฏิบัติการจะเตรียม EDTA สำหรับการใส่เลือด 2.5 มล. หรือตามที่ระบุไว้ข้างหลอดทดลอง เลือดชนิดนี้มักใช้ตรวจทางไวรัสวิทยา และทางอณูชีวโมเลกุล เช่น PCR for alpha thal 1, HBV DNA, HCV Viral load, HCV Genotype, Lead in whole blood , HLA-B 5701 และHLA-B27 DNA เป็นต้น จึงควรนำส่งทันที

1.2.4 เลือดที่ใส่โซเดียมฟลูออไรด์ (NaF blood) (จุกสีเทา) เช่น การตรวจวัด Alcohol ในเลือด

ในกรณีที่มีการเจาะเลือดส่งตรวจที่จำเป็นต้องใส่ในหลอดหลายชนิด การใส่เลือดในหลอดเลือด จะต้องเรียงลำดับดังนี้



2. การเก็บส่งตรวจที่เป็นปัสสาวะ (Urine) สำหรับห้องปฏิบัติการส่งตรวจต่อ แบ่งได้เป็น

2.1 การเก็บปัสสาวะครั้งเดียว (Single specimen) ได้แก่ Random urine เป็นปัสสาวะที่เก็บเมื่อใดก็ได้ ใช้สำหรับตรวจ Bence Jones Protein, Benzene เป็นต้น

2.2 Timed specimen คือ การเก็บรวบรวมปัสสาวะภายในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การเก็บรวบรวมปัสสาวะ 24 ชั่วโมง การเก็บปัสสาวะแบบนี้ มักนิยมส่งตรวจหาสารเคมีหรือฮอร์โมนที่ถูกขับออกมาทางปัสสาวะว่าจะมีปริมาณมากน้อยเท่าใด เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคและให้เข้าใจว่าจะต้องเก็บปัสสาวะทุกครั้ง โดยกำหนดเวลาเริ่มและเวลาสุดท้ายให้ชัดเจน เช่น การตรวจ VMA เป็นต้น

โดยทั่วไป เมื่อเก็บปัสสาวะได้แล้ว ควรนำส่งห้องปฏิบัติการทันที ถ้าไม่สามารถทำได้ ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 4 ° C หรือในตู้เย็นธรรมดา เหมาะสำหรับการเก็บปัสสาวะที่มีปริมาณไม่มาก ส่วนใหญ่เป็น Single specimen ซึ่งใช้สำหรับส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์คลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา หรือการเพาะเชื้อทางจุลชีววิทยา
- 2) การเก็บรักษาโดยใช้สารกันเสีย (Preservative) มักใช้สำหรับการเก็บปัสสาวะปริมาณมากและใช้เวลานาน เช่น การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก การเลือกใช้สารกันเสียจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการตรวจหา เพราะสารกันเสียบางชนิดจะรบกวนการตรวจ ทำให้ผลการตรวจผิดพลาดได้ ตัวอย่างสารกันเสียได้แก่ 6M HCL ในการตรวจ VMA เป็นต้น

3. การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid ; CSF)

ปริมาณน้ำไขสันหลังที่เจาะมาตรวจใช้ประมาณ 3 - 5 มิลลิลิตร มักเจาะจาก Central canal ของไขสันหลังระดับ L₃ และ L₄ โดยปกติจะมีลักษณะใสไม่มีสี ควรปราศจากเลือดปนและไม่ใส่สารกันเลือดแข็ง เมื่อเจาะแล้วควรรีบนำส่งห้องปฏิบัติการทันที หรือเก็บไว้ในตู้เย็น 4 °C ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ใช้ในทางเคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา และ อดูซิ่วโมเลกุล เช่น Adenosine Deaminase (ADA) , PCR for Herpes และ PCR for TB เป็นต้น

4. การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นน้ำจากช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (Body fluid)

น้ำจากช่องต่าง ๆ ของร่างกาย เรียกชื่อ จากส่วนที่ได้มา เช่น น้ำจากปอด (Pleural fluid) , น้ำจากหัวใจ (Pericardial fluid) , น้ำจากช่องท้อง (Peritoneal fluid) , น้ำจากข้อเข่า (Synovial fluid) และข้อต่าง ๆ (Joint fluid) ในภาวะปกติน้ำในช่องต่าง ๆ จะมีปริมาณ 30 - 50 มิลลิลิตร ในสภาวะที่มีพยาธิสภาพ น้ำในช่องต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีปริมาณเพิ่มมากกว่า 100 มิลลิลิตร จะต้องกระทำอย่างปราศจากเชื้อ โดย

แพทย์ผู้ชำนาญ ใช้ในการตรวจทางเคมีคลินิก จุลทรรศนศาสตร์ และจุลชีววิทยา เป็นต้น เมื่อเจาะแล้วควร
นำส่งห้องปฏิบัติการทันที หรือเก็บไว้ในตู้เย็น 4 °C ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง



Urine

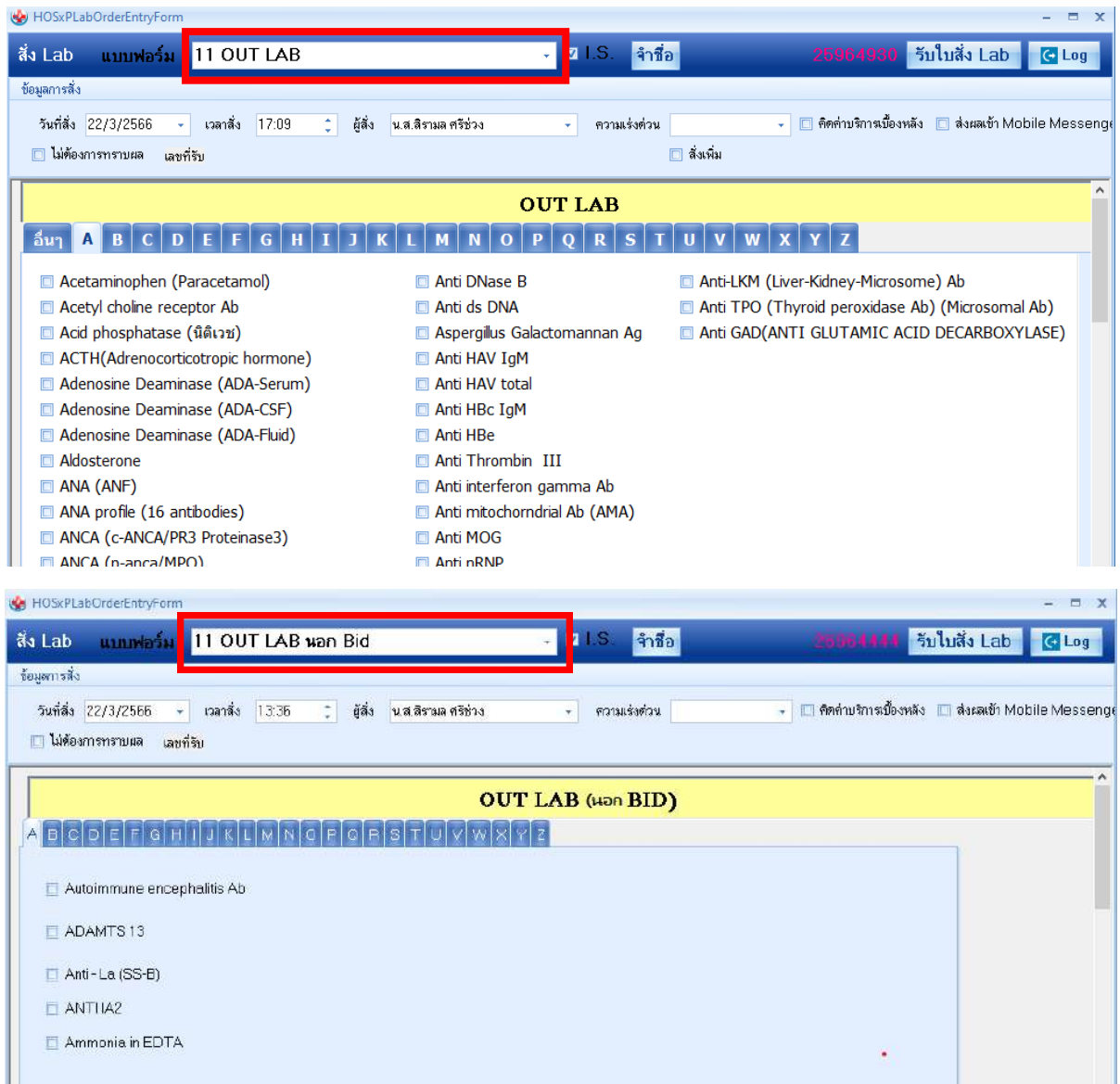
Urine 24 hrs.



Body fluid / CSF

5. วิธีการส่งรายการตรวจผ่านระบบ HOSxP

5.1 การส่งรายการตรวจแล็บนอก ให้เลือกแบบฟอร์มเป็น 11 OUT LAB และ 11 OUT LAB นอก
Bid โดยรายการตรวจวิเคราะห์จะแยกตามตัวอักษร A-Z ตามคำขึ้นต้นของชื่อรายการตรวจนั้นๆ



5.2 วิธีการส่งส่งตรวจรายการตรวจแล็บนอก

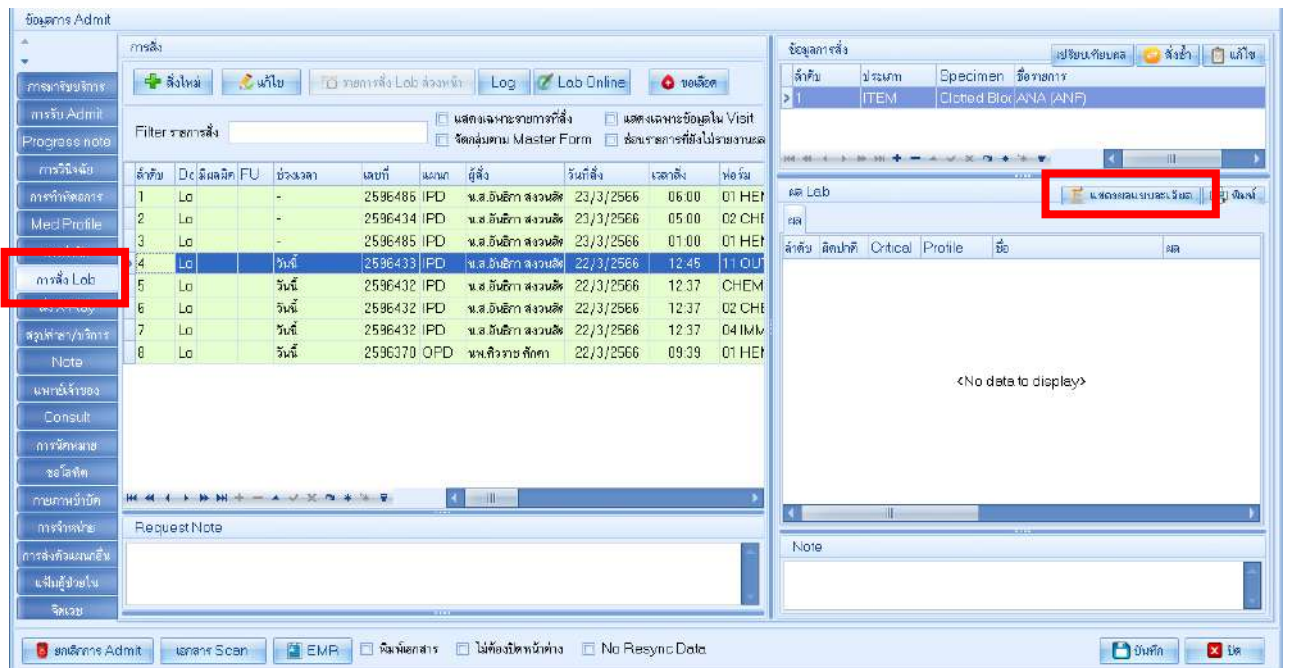
- 5.2.1 นำสิ่งส่งตรวจ(1) ไปรายการส่งตรวจ(2) พร้อมทั้งเขียนรายละเอียดรายการลงในสมุดทะเบียนนำส่งตรวจแล็บนอก(3) นำทั้งสามอย่างมาส่งที่ห้องเจาะเลือด อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉินใหม่ ชั้น B ในเวลาทำการเท่านั้น (ส่งได้ทุกวัน ตั้งแต่เวลา 8.00 – 16.00 น.)
- 5.2.2 เมื่อห้องปฏิบัติการรับรายการส่งตรวจเรียบร้อยแล้ว จะขึ้นค่าใช้จ่ายให้คนไข้ไปชำระเงิน โดยราคาจะขึ้นตามสิทธิการรักษาของคนไข้
- 5.2.3 รายการตรวจวิเคราะห์ดังต่อไปนี้ จะต้องมีการประสานกับห้องเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ ก่อนเวลา 11.00 น. ในวันจันทร์-ศุกร์ ไม่รวมวันหยุดราชการ เพื่อขอแบบฟอร์มใบรีเคอส์ และเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทำการประสานกับบริษัทปลายทางรับสิ่งส่งตรวจ ประกอบด้วย

- Chromosome Leukemia Karyotype (Blood/Bone marrow)
- Flow Cytometry for Leukemia (Blood/Bone marrow)
- BCR/ABL by RQ-PCR
- BCR/ABL by RT-PCR
- Factor ต่างๆ
- JAK2 V617F mutation
- von Willebrand factor


5.3 วิธีการดูผลการตรวจวิเคราะห์

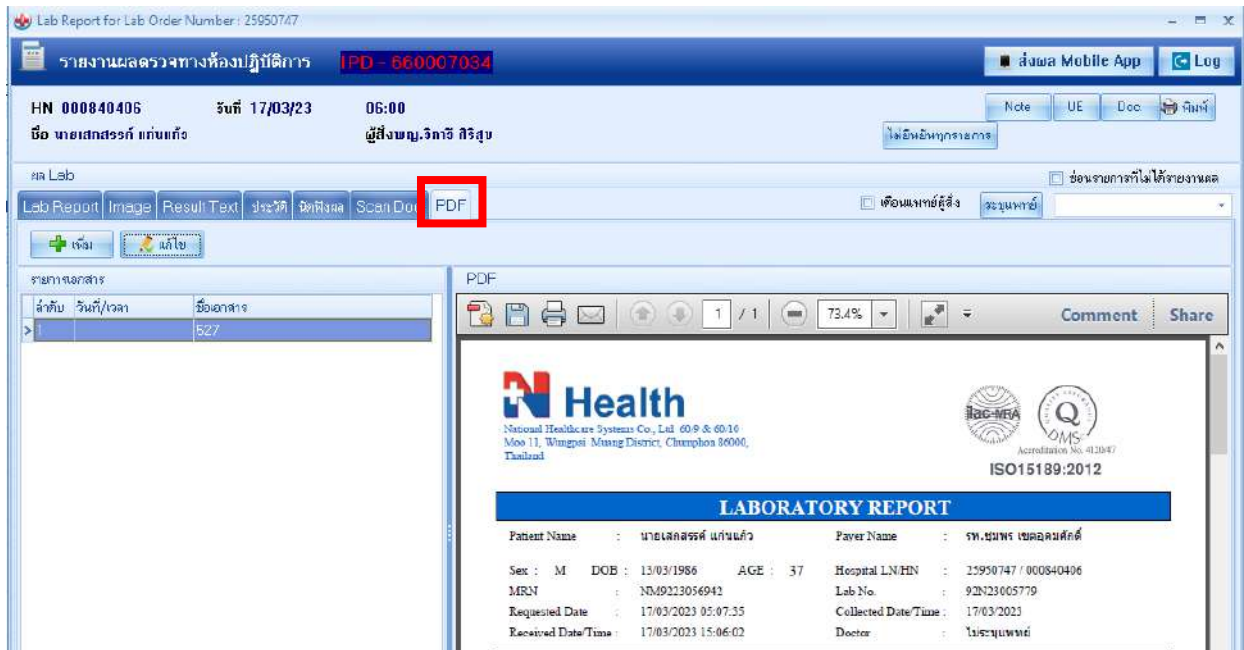
5.3.1 เลือกวันและรายการที่ต้องการดูผลตรวจ

5.3.2 กดตรงปุ่ม “แสดงผลแบบละเอียด”



5.3.3 เลือกคอร์ดัมของ PDF

5.3.4 สามารถปริ้นผลตรวจได้ที่รูป 



6. เกณฑ์การรับ-ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ห้องปฏิบัติการมีนโยบายในการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ส่งมาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม ในการนำไปตรวจวิเคราะห์ ซึ่งจะส่งผลทำให้ค่าการตรวจวัดมีความคลาดเคลื่อนและไม่ถูกต้องได้ โดยเกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

1. ไม่มีใบส่งตรวจหรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ
2. ไม่มี การลงนามของแพทย์ Staff
3. ชื่อ-นามสกุล ที่ระบุบนภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจและใบส่งตรวจไม่ตรงกัน
4. ไม่ติดป้ายชื่อบนภาชนะสิ่งส่งตรวจ
5. เก็บสิ่งส่งตรวจใส่ภาชนะหรือสารกันเลือดแข็ง ไม่ถูกต้องตามการทดสอบที่ระบุในรายละเอียด การทดสอบของแต่ละห้องปฏิบัติการ
6. เก็บสิ่งส่งตรวจได้ปริมาณไม่เพียงพอต่อการตรวจวิเคราะห์ในแต่ละการทดสอบ
7. ภาชนะที่บรรจุแตก สิ่งส่งตรวจหกเลอะเทอะ รั่วซึมออกมาจากภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ
8. คุณภาพของสิ่งส่งตรวจไม่ได้มาตรฐาน เช่น เลือดแข็งตัว ในกรณีที่ใช้สารกันเลือดแข็ง หรือ เลือด Hemolysis เป็นต้น

7. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งต่อ

เมื่อหน่วยบริการรับตรวจต่อ ได้รับผลตรวจวิเคราะห์เรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและรายการส่งตรวจ จากนั้นรายงานผลผ่านระบบ HOSxP ซึ่งแพทย์/

พยาบาล สามารถเปิดดูผลการตรวจผ่านระบบ HOSxP ตามวันและรายการที่สั่งตรวจ เพื่อให้ประกอบการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคต่อไป

รายการทดสอบเรียงตามตัวอักษร ชื่อรายการตรวจที่ให้บริการ
ห้องปฏิบัติการส่งต่อภายนอก (Out Lab) โทร 8472

Test	Method	Sample Type	Amont	TAT (Day)	Price**
------	--------	-------------	-------	--------------	---------

A					
Acid Phosphatase (นิตินเวท)	E & MIC	Vaginal swab + patient history	-	21	250
ACTH	CLIA	EDTA plasma	3 ml.	14	1,200
Acetylcholine receptor Ab	ELISA	Serum	4 ml.	14	3,200
ADAMTS 13	ELISA	Citrate plasma	2-3 ml.	21	4,500
Ammonia	E	EDTA Blood	3 ml.	7	600
Adenosine Deaminase (ADA)	Colorimetric	Serum, Pleural fluid or CSF	3-5 ml.	7	900
Alcohol (Ethanol)	Enzymatic	NaF Blood (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3 ml.	7	1,000
Aldosterone	RIA	Serum	3 ml.	30	2,400
ANA	IFA	Serum	3 ml.	7	450
ANA profile (16 antibodies)	IBA	Serum	3 ml.	14	1,000
ANCA (c-ANCA/PR3 Proteinase3)	EIA	Serum	3 ml.	7	700
ANCA (p-anca/MPO)	EIA	Serum	3 ml.	7	700
Anti Basement Membrane IgG (Pemphigoid Ab IgG)	IIF	Serum	3 ml.	14	1,000
Anti Cardiolipin IgG	EIA	Serum	3 ml.	7	800
Anti Cardiolipin IgM	EIA	Serum	3 ml.	7	800
Anti CCP (Cyclic Citrollinated Peptide)	EIA	Serum	3 ml.	7	1,000
Anti DNase B	NEPH	Serum	3 ml.	14	600
Anti GAD	Euroimmune 2 P Analyser	Serum	3 ml.	14	1,800
Anti HAV IgM	CLIA	Serum	3 ml.	7	500
Anti HAV Total	CLIA	Serum	3 ml.	7	500
Anti HBc IgM	CLIA	Serum	3 ml.	7	500
Anti HBe	CMIA	Serum	3 ml.	7	450
ANTI IA2	Euroimmune 2 P Analyser	Serum	3 ml.	14	2,500
Anti Thrombin III	CA	Citrate plasma	3 ml.	21	1,000
Anti TPO (Anti-Microsomal)	EIA	Serum	3 ml.	7	300
Anti-ds DNA	EIA	Serum	3 ml.	7	250
Anti-nRNP	EIA	Serum	3 ml.	7	400

Anti Scl-70 (Scleroderma Ab)	EIA	Serum	3 ml.	7	700
Anti-Sm	EIA	Serum	3 ml.	7	350
Anti-SS-A (Anti-Ro)	EIA	Serum	3 ml.	7	500
Anti-SS-B (Anti-La)	EIA	Serum	3 ml.	7	500
Anti MOG	MIC IFA	Serum	3 ml.	14	2,200
Anti Mitochondrial Ab (AMA)	EIA	Serum	3 ml.	7	600
Anti Interferon gamma Ab	ELISA	Serum (Not Lipemic and Hemolysis)	3 ml.	21	1,800
Anti-LKM (Liver-Kidney-Microsome) Ab	IFA	Serum	3 ml.	7	1,000
Anti Smooth muscle Ab (ASMA)	IFA	Serum	3 ml.	7	700
Aspergillus Galactomannan Ag	EIA	Serum	3 ml.	14	1,100
Autoimmune encephalitis Ab	MIC IFA	Serum or CSF	1-3 ml	30	6,000
B					
BCR/ABL by RQ-PCR	RQ-PCR	EDTA Blood, Bone marrow sending within 24 hr.	5 ml.	14	4,500
BCR/ABL by RT-PCR	RT-PCR	EDTA Blood, Bone marrow sending within 24 hr.	5 ml.	14	9,000
Beta2 - glycoprotine IgM	EIA	Serum	3 ml.	7	300
Beta2 - glycoprotine IgG (b2 Gp1)	EIA	Serum	3 ml.	7	600
Beta2 - Microglobulin	ELFA	Serum	3 ml.	7	900
Benzene (t,t-Muconic acid)	HPLC	Random Urine	10-20 ml	21	500
Benzene (Total phenol)	HPLC	Random Urine	10-20 ml	21	400
Bence Jone Protein	Manual	Random Urine	30-50 ml	7	240
Bacteria: Molecular Identification (Siriraj)	16S rDNA PCR sequencing	Fluid/Pus/EDTA Blood	3 ml.	21	3,600
C					
C 3 Complement (Beta 1C)	IT	Serum	3 ml.	7	350
C 4 Complement	IT	Serum	3 ml.	7	350
CA 125	CLIA	Serum	3 ml.	7	600
CA 15-3	CLIA	Serum	3 ml.	7	500
CA 19-9	CLIA	Serum	3 ml.	7	600
Ceruloplasmin	IT	Serum	3 ml.	7	500

CH 50 (Total Hemolytic complement)	H	Serum	3 ml.	7	600
Chromosome study (ศูนย์พันธุศาสตร์)	G-banding	Lithium Heparin Blood (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	5 ml	30	1,800
Chromosome study-FISH	FISH	Lithium Heparin Blood (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	5 ml	30	4,000
Chromosome Blood Leukemia Karyotype	Q-banding	Heparinized whole blood (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	5 ml	30	7,000
Chromosome BM Leukemia Karyotype	Q-banding	Heparinized bone marrow (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	5 ml	30	5,400
Cholinesterase	DGKC	Serum	3 ml	7	400
CMV IgG	EIA	Serum	3 ml.	7	500
CMV IgM	EIA	Serum	3 ml.	7	500
CMV PCR	RT-PCR	EDTA plasma/Serum/CSF	3 ml.	7	1,600
CMV Viral load	RT-PCR	Sterile Fresh Plasma EDTA within 18-24 hr.	3-5 ml.	14	3,400
C-peptide	CLIA	Serum	3 ml.	7	800
Clostridium difficile Culture	C/S	Stool 8 gm (sterile container)	8 g	30	1,600
Clostridium difficile Toxin A/B (Rapid Test)	IC	Stool	8 g	7	1,100
Cold agglutinin	HA	Serum	3 ml.	7	200
Copper	GFAAS	Serum 1-2 mL / Random urine 20-30 mL / 24-h Urine 20-30 mL		7	450
Cyclosporine	FPIA	EDTA Blood	3 ml	7	1,600
D					
D-dimer	IT	Citrate plasma	3 ml	7	500
Depakin (Valproic acid)	IT	Serum	3 ml	7	400
Dilantin (Phenytoin)	IT	Serum	3 ml	7	400
E					
E. histolytica Ab	ELISA	Serum	3 ml	14	1,000
EBV (VCA) IgG	EIA	Serum	3 ml	7	400
EBV (VCA) IgM	EIA	Serum	3 ml	7	400

Erythropoietin (EPO) level	CLIA	Serum	3 ml	7	700
Estradiol (E2)	CLIA	Serum	3 ml	7	400
Estriol (E3)	EIA	Serum	3 ml	7	1,500
F					
Factor IX	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	2,200
Factor VII	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	1,800
Factor VIII	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	2,200
Factor VIII inhibitor	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	2,400
Factor IX	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	2,200
Factor XII	Coag	Citrate plasma	2-3 ml.	7	1,800
Fibrinogen level (Factor I)	CLT	Citrate plasma	2-3 ml.	7	300
FISH- DiGeorgel VeloCardiotacial	FISH	Lithium Heparin Blood	5 ml	30	4,600
Flow cytometry for Acute Leukemia	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	4,400
Flow cytometry for Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	5,300
Flow cytometry for Acute Myeloid Leukemia (AML)	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	5,300
Flow cytometry for Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	4,300
Flow cytometry for Chronic Myeloid Leukemia (CML)	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	4,500
Flow cytometry for Myelodysplastic syndrome (MDS)	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	5,000
Flow cytometry for Non-Hodgkin Lymphoma	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	9,000

Flow cytometry for B cell Non-Hodgkin Lymphoma	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	4,300
Flow cytometry for T cell Non-Hodgkin Lymphoma	FC	Heparized blood, Bone marrow store at RT <48 hr. (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3-5 ml.	7	4,300
FK506 (Pro-Graft) level	FPIA	EDTA Blood	3 ml.	7	1,800
Free light chains (kappa&lambda)	NEPH	Serum	3 ml.	7	3,400
FTA-ABS IgG in serum	IFA	Serum	3 ml	7	300
FTA-ABS IgG in CSF	IFA	CSF	2-3 ml.	7	300
Folate in Serum	CLIA	Serum	3 ml	7	400
FSH	CLIA	Serum	3 ml	7	400
Fungus Culture	Culture	Specified specimen in sterile bottle storage at RT within 24 hrs,	5-10 ml	30	1,000
G					
G-6-PD level	EK	EDTA Blood	3 ml	14	600
Gamma - Glutamyl Transferase (GGT)	Szasz	Serum	3 ml	7	200
Growth Hormone (GH)	CLIA	Serum	3 ml	7	500
H					
Hb F staining (Fetal Hemoglobin stain)	Acid elution	EDTA Blood	2 ml	7	200
HBe Ag	ELFA	Serum	3 ml	7	450
HBV Viral load	RT-PCR	EDTA plasma	3-5 ml	7	3,000
HCV Genotype	LiPA	EDTA plasma	3-5 ml	14	5,000
HCV Viral load	RT-PCR	EDTA plasma	3-5 ml	7	4,000
HE4 and CA125 with ROMA value	CMIA	Serum	3 ml	14	4,200
Hemoglobin typing	LPLC	EDTA Blood	3 ml.	7	300
HLA-B 15:02 ALLELE	PCR-SSP	EDTA Blood	3-5 ml	14	1,200
HLA B 57:01 ALLELE	PCR-SSP	EDTA Blood	3-5 ml	14	1,200
HLA-B 58:01 ALLELE	PCR-SSP	EDTA Blood	3-5 ml	14	1,200
HLA-B27 DNA	PCR-SSP	EDTA Blood	3-5 ml	14	800
HSV 1&2 IgG	EIA	Serum	3 ml	7	600
HSV 1&2 IgM	EIA	Serum	3 ml	7	600

Herpesviruses 3 in 1 (HSV1/2 and VZV)	RT-PCR	Serum or CSF	3 ml	7	2,500
Hepatitis A IgG	CMIA	Serum	3 ml	7	600
Hepatitis E IgG	EIA	Serum	3 ml	7	400
Hepatitis E IgM	EIA	Serum	3 ml	7	400
I					
IGF1	CLIA	Serum	3 ml	7	1,300
Immunoglobulin IgG	IT	Serum	3 ml	7	450
Immunoglobulin IgM	IT	Serum	3 ml	7	450
Immunofixation	GE	Serum	3 ml.	7	2,800
Insulin level	CLIA	Serum	3 ml	7	500
J					
Jack 2 V617F Mutation	qPCR	EDTA Blood or Bone marrow + sending within 24 hr.	3 ml	14	3,400
L					
Lithium	Colorimetric	Serum/Sodium heparin plasma	3 ml	7	700
Leptospira IgM	CFT	Serum	3 ml	7	300
Leptospira IgG	ELISA	Serum	3 ml	7	300
Leptospira IgG and IgM titer	IFA	Serum	3 ml	14	500
LE cell	LA	Serum	3 ml	7	250
LH	CLIA	Serum	3 ml	7	400
Lipase	Colorimetric	Serum	3 ml	7	300
Lupus Anticoagulant	SCT/DRVVT	Citrate plasma	3-5 ml	7	1,000
M					
Measles IgM	EIA	Serum	3 ml	7	850
Measles IgG	EIA	Serum	3 ml	7	500
Mumps IgG	EIA	Serum	3 ml	7	600
Methemoglobin Level	Spectro- photometry	EDTA Blood	2 ml	10	500
Melioidosis IgG titer	IHA	Serum	3 ml	7	150
Melioidosis IgM titer	IHA	Serum	3 ml	7	200
Melioidosis Ab (Total Antibody)	IHA	Serum	3 ml	7	200
Mycoplasma IgG	ELISA	Serum	3 ml	7	450

Mycoplasma IgG titer	IFA	Serum	3 ml	7	1,250
Mycoplasma IgM	ELISA	Serum	3 ml	7	350
Mycoplasma IgM Titer in Serum	IFA	Serum	3 ml	7	720
N					
NMO IgG (Aquaporin 4)	IFA	Serum	3 ml	21	2,200
Neuron Specific Enolase (NSE)	ECLIA	Serum (no hemolysis)	3 ml	7	1,000
O					
Oligoclonal band	IFE	CSF 1-2 mL + Serum 2 MI	-	14	1,000
P					
Paraneoplastic Ab	IIF	CSF >1 mL / Serum >2 mL + patient history	3-5 ml.	21	4,300
Paracetamol (Acetaminophen)	FPIA	Serum	3 ml.	7	700
Parvovirus B19 Viral Load	RT-PCR	EDTA Blood/plasma, Urine, CSF or Body fluid 1 ml.	3-5 ml.	14	3,000
PCR for alpha thal 1 (SEA,THAI)	PCR	EDTA Blood	3 ml	7	800
PCR for alpha thal common profile (SEA, Thai, 3.7 kb, 4.2 kb)	PCR & ASPCR	EDTA Blood	3 ml	7	2,200
PML/RARA by RT-PCR	RT-PCR	EDTA Blood or Bone marrow + sending within 24 hr.	3-5 ml	14	4,800
Procalcitonin	ECLIA	Serum	3 ml	7	1,500
Prolactin	CLIA	Serum	3 ml	7	400
Protein C	CA	Citrate plasma	3 ml	21	1,000
Protein S	IT	Citrate plasma	3 ml	21	1,500
Pemphigus Ab (Intracellular IgG)	IFA	Serum	3 ml	30	1,100
Plasma Metanephrine/Normetanephrine	LC-MS/MS	Plasma (Heparinized, EDTA)	3 ml	14	2,000
Pneumocystis carinii (PCP) IFA	IFA	Sputum or Bronchial wash		9	650
R					
Renin	RIA	Serum	5 ml.	30	1,800
Rickettsia Antibody (Scrub typhus and Murine typhus)	IIF	Serum + Patient history (พร้อมแบบฟอร์มส่งตรวจ)	3 ml	14	900
Rubella IgG	CLIA	Serum	3 ml	7	350
Rotavirus Ag screening	IC	Stool (Sterile container)		4	450

S					
Serum Protein electrophoresis	GE	Serum	3 ml	7	600
Sex hormone binding globulin (SHBG)	CMA	Serum	3 ml	14	4,800
T					
Total T3	CLIA	Serum	3 ml	7	200
Total T4	CLIA	Serum	3 ml	7	150
TB Culture (conventional) & sensitivity test	Culture	All types of sample in sterile container	-	90*	500
TB DNA (PCR for MTB/NTM)	Multiplex RT-PCR	Fluid, CSF, Tissue, Urine, Sputum or Stool in sterile container	1-3 ml	14	2,400
Testosterone	CLIA	Serum	3 ml	7	400
Thyroglobulin (Tg) level	EIA	Serum	3 ml	7	800
Thyroglobulin Ab	EIA	Serum	3 ml	7	350
Thrombin Time (TT)	Coag	Citrate plasma within 8 hr. On ice	3 ml	7	300
TORCH IgM (Toxoplasma IgM, HSV IgM, Rubella IgM, CMV IgM)	EIA	Serum	3 ml	7	2,000
TORCH IgG (Toxoplasma IgG, HSV IgG, Rubella IgG, CMV IgG)	CLIA & EIA	Serum	3 ml	7	1,500
Toxoplasma IgG	EIA	Serum	3 ml	7	400
Toxoplasma IgM	EIA	Serum	3 ml	7	500
Toxoplasma IgG titer	IFA	Serum or EDTA plasma	3 ml	7	600
Toxoplasma IgM titer	IFA	Serum or EDTA plasma	3 ml	7	600
Toxoplasma Gondii PCR	RT-PCR	EDTA Blood/Plasma, Body fluid 500 ul	6 ml	7	2,200
TSH receptor Ab	EIA	Serum	3 ml.	21	1,200
Thrombophilia FV leiden	Multiplex RT-PCR	EDTA Blood + Patient history sending within 24 hr.	6 ml.	30	1,500
U					
Urine Calcium	Arsenazo III	Random urine	5 ml	7	100
Urine Metanephrine/Normetanephrine	HPLC	Urine 24 Hrs. (Add preservative)	10-20 ml	14	2,000
Urine free Cortisol	CLIA	Urine 24 Hrs. (No preservative)	10 ml	14	600

V					
Vancomycin	FPIA	Serum	3 ml	7	300
Varicella Zoster Virus IgG	EIA	Serum	3 ml	7	500
Varicella Zoster Virus IgM	EIA	Serum	3 ml	7	500
Varicella Zoster Virus PCR	PCR	Serum	3 ml	14	2,000
VDRL titer in CSF	Flocculation	CSF	2 ml	7	300
Vitamin B12	CLIA	Serum (Protect from light)	3 ml	7	450
Vitamin D (25-OH)	CLIA	Serum (Protect from light)	3 ml	14	2,000
VMA (Urine 24 Hrs.)	CC	Urine 24 hrs.in Preservative	30-50 ml	7	500
Von Willebrand Factor Ag	ELISA	Citrate plasma within	2-3 ml.	14	700
Von Willebrand Factor Ristocetin Cofactor Assay (VWF: Rco)	AGG	Citrate plasma	2-3 ml.	14	800
Von Willebrand Factor / CBA	AGG	Citrate plasma	2-3 ml.	14	700

* เวลาที่นัดฟังผลอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นอยู่กับการทดสอบที่แตกต่างกัน

** ราคาที่แสดงในตารางเป็นราคาต่อหนึ่งการทดสอบ

***ราคาค่าตรวจวิเคราะห์ ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษาของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการจะคำนวณค่าใช้จ่ายและแจ้งให้ผู้ให้บริการหรือผู้ป่วยทราบ

คำย่อวิธีตรวจวิเคราะห์ (Methodology)

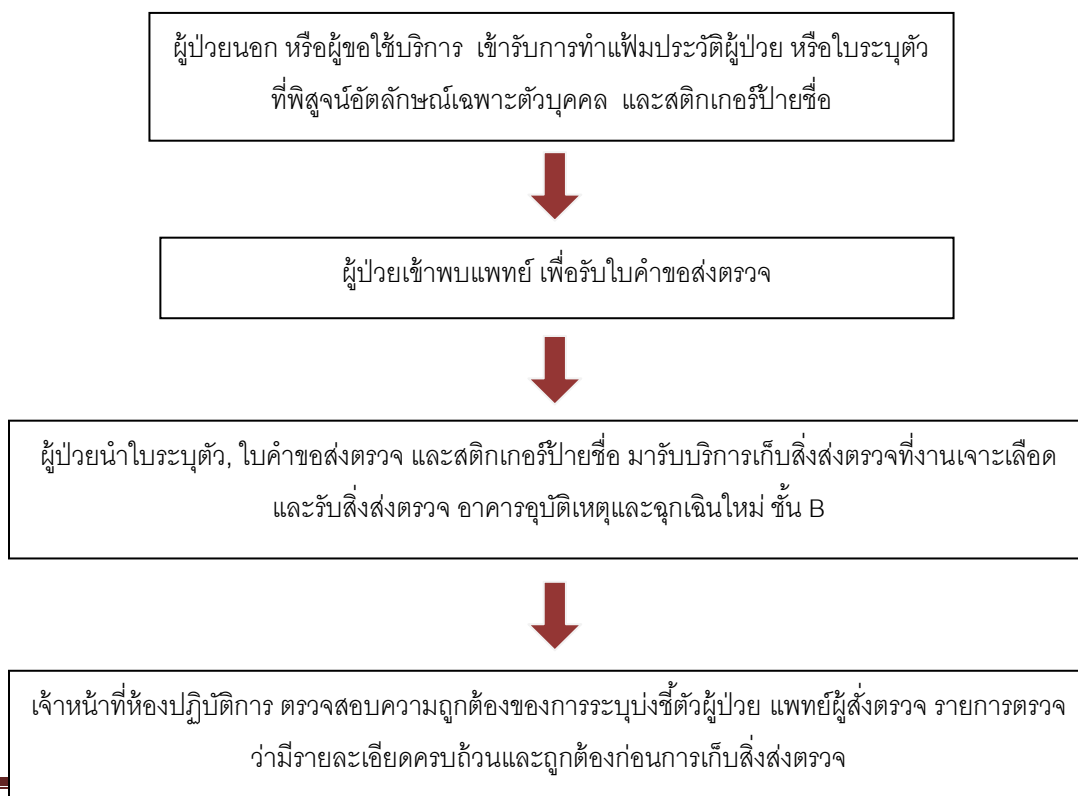
AA	:	Atomic Absorption
AGG	:	Agglutination
AP	:	Acid Precipitation
ASPCR	:	Allele-Specific Polymerase Chain Reaction
CA	:	Chromogenic Assay
CC	:	Column Chromatography
CFT	:	Complement Fixation Test
CLIA	:	Chemiluminescence Immunoassay
CLT	:	Clotting Time
CMA	:	Chemiluminometric Assay
CMIA	:	Chemiluminescence Microparticle Immunoassay
Coag	:	Coagulation

ECLIA	:	Electrochemiluminescence Immunoassay
EIA	:	Enzyme Immunoassay
ELFA	:	Enzyme Linked Fluorescence Assay
ELISA	:	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
EK	:	Enzyme Kinetic assay
FC	:	Flow cytometry
FISH	:	Fluorescence in situ hybridization
FPIA	:	Fluorescence Polarization Immunoassay
GC-MS	:	Gas Chromatography – Mass Spectrophotometry
GE	:	Gel Electrophoresis
GFAAS	:	Graphite furnace Atomic Absorption Spectroscopy
H	:	Hemolysis Assay
HA	:	Hemagglutination Assay
HPLC	:	High Pressure Liquid Chromatography
IBA	:	Immunoblot Assay
IC	:	Immunochromatography
IFA	:	Immunofluorescence Assay
IFE	:	Isoelectric Focusing Electrophoresis
IHA	:	Indirect Hemagglutination
IIF	:	Indirect Immunofluorescence
IT	:	Immunoturbidity
LA	:	Latex Agglutination
LC-MS/MS	:	Liquid Chromatography tandem Mass Spectrometry
LiPA	:	Line Probe assay
LPLC	:	Low Pressure Liquid Chromatography
MIC	:	Microscopic
Multiplex RT-PCR	:	Multiplex Real-time Polymerase Chain Reaction
NEPH	:	Nephelometry
PCR	:	Polymerase Chain Reaction
PCR-SSP	:	Polymerase Chain Reaction – Sequence Specific Primers
qPCR	:	Quantitative - Polymerase Chain Reaction
RIA	:	Radio Immunoassay

RQ-PCR	:	Real-time Quantitative Polymerase Chain Reaction
RT-PCR	:	Real-time Polymerase Chain Reaction
SCT/DRVVT	:	Silica Clotting Time / Dilute Russell's Viper Venom Time
TCL	:	Thin layer Chromatography

การเก็บส่งตรวจและ ส่งตรวจต่อในกรณีพิเศษ

ขั้นตอนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสำหรับส่งตรวจต่อในกรณีพิเศษ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร



การเก็บสิ่งส่งตรวจในกรณีพิเศษ

ทางห้องปฏิบัติการจะดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจในกรณีพิเศษ ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยของบุคคล โดยไม่มีสาเหตุทางพยาธิสภาพและสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการได้รับสารเป็นพิษ ทั้งนี้เพื่อหาสาเหตุและนำไปประกอบผลทางอรรถคดี การบำบัดรักษาโรค และป้องกันความเป็นพิษที่อาจเกิดขึ้นอีก (ยกเว้นกรณีเสียชีวิต)

1. การเก็บ และส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์สารเป็นพิษทั่วไป

1.1 ประเภทของสิ่งส่งตรวจ ซึ่วัดจากผู้ป่วย ได้แก่ อาเจียน น้ำล้างกระเพาะ น้ำจากกระเพาะ เลือด ปัสสาวะ

1.2 รายละเอียดวิธีการเก็บตัวอย่างและส่งวัดตัวอย่าง

1.2.1 อาเจียน , น้ำล้างกระเพาะครั้งแรก เก็บส่งทั้งหมด ห้ามใส่วัตถุกันเสีย

1.2.2 เลือด เก็บเลือดจากผู้ป่วย 10 มิลลิลิตร โดยเจาะจากเส้นเลือดดำตรงข้อพับแขน ต้องระวังคุณภาพของเลือดตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญเสีย กรณีตรวจหาสารเป็นพิษที่ระเหยได้ ควรระมัดระวังสิ่งที่เจือปนต่างๆ เช่น การเจาะเลือดเพื่อหาแอลกอฮอล์ ให้ใช้

ยาฆ่าเชื้ออื่น ได้แก่ Mercuric nitrate ทาผิวแทนแอลกอฮอล์ กรณีศพที่ไม่สามารถ
เจาะเลือดได้แล้วให้ใช้ เลือดจากหัวใจ

1.2.3 ปัสสาวะจากผู้ป่วย (กรณีตรวจสารเสพติด) เก็บปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง และส่ง
ตรวจภายใน 7 วันหลังจากเก็บตัวอย่าง ซึ่งปริมาณตัวอย่างที่ส่งตรวจสารเสพติดควร
ปฏิบัติดังนี้

- ตรวจยาบ้า	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	15 มิลลิลิตร
- ตรวจยาฮี	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	15 มิลลิลิตร
- ตรวจกัญชา	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	30 มิลลิลิตร
- ตรวจกระท่อม	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	40 มิลลิลิตร
- ตรวจมอร์ฟิน	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	40 มิลลิลิตร
- ตรวจโคเคน	ปริมาณตัวอย่างไม่น้อยกว่า	40 มิลลิลิตร

1.2.4 กรณีตัวอย่างปัสสาวะผู้ต้องสงสัย ให้ปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการตรวจหรือทดสอบ
ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดมีสารเสพติดอยู่ในร่างกายหรือไม่ ประกาศ ณ วันที่ 11
กรกฎาคม 2543

1.3 **การใส่สารกันบูด** วิธีที่ดีที่สุดในการรักษาคุณภาพตัวอย่างคือ แช่ตัวอย่างให้เย็นจัด หรือแช่
แข็งไว้ตลอดเวลาจนถึงเวลาตรวจ ถ้าไม่สะดวกจึงใส่สารกันบูด ตัวอย่างเลือดใส่ 1 % โซเดียม
ฟลูออไรด์ อาเจียน หรือน้ำล้างกระเพาะใส่เกลือ 1 ส่วน ต่อตัวอย่าง 4 ส่วน สำหรับตัวอย่างที่
ตรวจหาแอลกอฮอล์ทุกชนิดไม่ต้องด้วยแอลกอฮอล์ ควรใช้น้ำเกลือ

1.4 **ภาชนะสำหรับใส่บรรจุส่งตรวจ** ภาชนะสะอาด ขนาดใหญ่ พอเหมาะไม่แตกง่ายมีฝา
หรือจุกปิดสนิทอาจใช้ภาชนะประเภทพลาสติก เช่น ขวด กลอง ไม่ควรบรรจุในถุงพลาสติก

1.5 **การปิดฉลาก** ต้องปิดฉลากบนภาชนะบรรจุตัวอย่างทุกชิ้น ระบุชนิดตัวอย่างที่บรรจุ ชื่อของผู้
ส่ง หรือสถานที่นำส่ง เลขที่นำส่ง (กรณีส่งจากหน่วยงานราชการ) ควรเขียนด้วยปากกาถูลื่น
หรือปากกาทันน้ำ

2. แขนงนำส่งเพื่อหาสารเป็นพิษ

กรอกข้อความให้ครบถ้วนในแบบนำส่ง ตามแบบฟอร์มของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11
สุราษฎร์ธานี ดังนี้

- F 41 00 126 สำหรับการส่งตัวอย่าง โดยแพทย์ผู้รักษาจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาล

3. หนังสือนำส่งปัสสาวะเพื่อตรวจพิสูจน์หาสารเสพติด

กรอกข้อความให้ครบถ้วนในแบบนำส่ง ตามแบบฟอร์มของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ดังนี้

- F 41 00 179 หนังสือนำส่งปัสสาวะเพื่อตรวจพิสูจน์หาสารเสพติด พร้อมคำแนะนำใช้แบบนำส่ง

แนวทางการส่งตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

1. มีการประสานงานส่งตรวจ Alcohol กับทางห้องปฏิบัติการ
2. เจาะเลือดใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด SODIUM FLUORIDE จำนวน 2 หลอด
 - 2.1 ตัวอย่างเลือด Whole blood ต้องเป็นเนื้อเดียวกันไม่มีก้อน CLOT ผสมให้เป็นเนื้อเดียวกัน พลิกคว่ำไปมา 8-10 ครั้ง
 - 2.2 ห้ามเปิดฝาหลอดใส่เลือด
 - 2.3 ใช้ PROVIDINE ทาผิวหนังแทน ALCOHOL เพื่อฆ่าเชื้อก่อนการเจาะเลือด
3. เจ้าหน้าที่ห้องแล็บรับเลือดและใบนำส่ง
 - ลงรายการตรวจ L893 กรณีคดีความ ผู้ป่วยไม่ต้องชำระค่าใช้จ่าย
 - ลงรายการตรวจ L893-1 กรณีไม่ใช่คดีความ ผู้ป่วยต้องชำระค่าใช้จ่าย 1,000 บาท
5. เก็บเลือดไว้ในตู้เย็นเก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับส่งตรวจต่อ
6. ส่งเลือดพร้อมหนังสือนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (เอกสารหมายเลข 5)

กรณีคัดความ



Tube Sodium fluoride
(จุกสีเทา) จำนวน 2 หลอด

เอกสารแนบหมายเลข ๕
 คู่มือฉบับย่อสำหรับแจ้งส่งตรวจของศูนย์วิจัยโรคเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า
 สันกำแพงเชียงใหม่ โดยมีข้อมูลจากเว็บไซต์ ce.prcs.acphd.go.th ตามที่ได้
 ผนึกใส่ปากซองตัวอย่างเพื่อตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ที่ เป็น ที่อยู่ ของตัวอย่าง.....
 วัน เดือน ปี.....

สิ่งที่ส่งมาขอตรวจวิเคราะห์คือแอลกอฮอล์

วิธีรับ (ผู้รับสารจากศูนย์วิจัยโรคเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า.....)

๑. ชื่อ-สกุลผู้รับ..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง
 เลขหมายผู้รับ..... สาย.....
๒. วันรับตัวอย่าง เวลา..... น. สถานที่เก็บตัวอย่าง.....
 อำเภอ..... จังหวัด.....
๓. ผู้เก็บตัวอย่าง วันที่เก็บตัวอย่าง..... เวลา..... น.
 อำเภอ..... จังหวัด.....
๔. พาหนะที่ใช้ขนส่ง รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ จักรยาน
 รถบรรทุก รถกระบะ รถจักรยานยนต์ จักรยาน
 รถยนต์ รถจักรยานยนต์ จักรยาน
 รถบรรทุก รถจักรยานยนต์ จักรยาน
๕. ชนิดของตัวส่งตัวอย่าง NaF, Blood ๕ CC. อื่นๆ (ระบุ).....
๖. ลักษณะของตัวอย่าง รวดเร็ว ไม่รวดเร็ว อื่นๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

..... ลักดี (.....)
 (.....) (.....)
 (.....) (.....)

สำเนาใบแจ้งหนี้ไปยังผู้ส่งมา	
หน่วยงานในตรวจ	การตรวจรับ <input type="checkbox"/> ซักซ้อมคดี <input type="checkbox"/>
การรับส่ง <input type="checkbox"/> ซักซ้อมคดี <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	การตรวจรับ <input type="checkbox"/> ซักซ้อมคดี <input type="checkbox"/>
สายส่งตัวอย่าง	ผู้รับตัวอย่าง.....
.....	วันที่รับตัวอย่าง..... เวลา..... น.
.....

เอกสารแนบหมายเลข 5
 หนังสือนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวัด
 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ตัวอย่าง

ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร

คดีที่ สภ.กิ่งอำเภอ.....
 วันที่ เดือน พ.ศ.

อยู่ที่.....
 ชื่อผู้บาดเจ็บหรือศพ.....
 วันเกิด.....
 วันถึงชีพจร.....
 ชื่อผู้รับแจ้ง.....

เหตุที่ผู้บาดเจ็บหรือศพเสียชีวิตหรือบาดเจ็บ.....
 เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในเขตเมืองในผู้บาดเจ็บหรือศพเข้าไว้ที่ศูนย์วิจัยโรคเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า
 สันกำแพงเชียงใหม่ โดยพลเอกอภยชาติได้ดำเนินการชันสูตรศพด้วยวิธีชันสูตรทางนิติเวชศาสตร์เมื่อวันที่ ๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๕

เอกสารขอตัวตรวจ

(ลงชื่อ) ร.ศ.ศ.....
 (.....) (.....) (.....)
 (ตำแหน่ง) รอง ผอ.ศูนย์ชันสูตรศพสันกำแพง

๒๕๖-๒๕๖

14

ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพ
 ให้แพทย์ตรวจชันสูตร

กรณีไม่ใช้คดีความ



Tube Sodium fluoride
(จุกสีเทา) จำนวน 2 หลอด

เอกสารแนบหมายเลข ๕
ตัวอย่างแบบฟอร์มเก็บและส่งตรวจวินิจฉัยระดับแอลกอฮอล์ในเลือด
เสนอขอใช้แบบฟอร์ม โดยยื่นต่อจากที่ใกล้ สร.กรมการขนส่งทางบก. อนุมัติ
หนังสือนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ที่ _____ เป็น ที่อยู่ ของท่าน _____
วัน เดือน ปี _____

เรื่อง ส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ระดับแอลกอฮอล์

เรียน (ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการแพทย์) _____

๑. ชื่อผู้ส่งตรวจ _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง
เลขหมายผู้ขับขี่ _____ ตาม ไม่ตาม

สาเหตุ อุบัติเหตุทางถนน

๒. วันเกิดเหตุ _____ เวลา _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____
อำเภอ _____ จังหวัด _____

๓. ผู้ขับขี่ตัวอย่าง _____ วันที่ยื่นตัวอย่าง _____ เวลา _____ น.

๔. พยานที่ผิดปกติ รถเบรค รถเปลี่ยนเกียร์ รถหักซ้าย ยื่น (ระบุ) _____
 รถเบรค รถเปลี่ยนเกียร์ รถหักซ้าย ยื่น (ระบุ) _____
 รถเบรคหักซ้าย ยื่น (ระบุ) _____

๕. ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ NaF Blood s CC สีๆ (ระบุ) _____

๖. วัตถุประสงค์ของการตรวจ _____
 ตรวจดี ตรวจผิดปกติ ตรวจอุจจาระ มีประวัติ ยื่น (ระบุ) _____
ขอสงวนความไว้ถือ

..... นาย _____ ผู้ตรวจ
..... นาย _____ หัวหน้างาน
..... นาย _____ หัวหน้า
..... นาย _____ หัวหน้า

..... นาย _____ ผู้ตรวจ
..... นาย _____ หัวหน้างาน
..... นาย _____ หัวหน้า
..... นาย _____ หัวหน้า

ส่วนนี้จัดทำขึ้นโดยอัตโนมัติ

ตรวจสอบรายการ
การรับส่ง ราชบัณฑิต ตำรวจนครบาล

นายสีหะสิทธิ์ _____ ผู้รับตัวอย่าง _____
ส่วนนี้ _____ วันที่ยื่นตัวอย่าง _____ เวลา _____ น.

เอกสารแนบหมายเลข 5
หนังสือนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

รายการตรวจที่ให้บริการ

รายการตรวจวิเคราะห์	ชนิด/ปริมาณตัวอย่างส่งตรวจ	ระยะเวลาตรวจวิเคราะห์	ราคา
1. สารพิษไม่ทราบชนิด <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - น้ำ 1,000 มิลลิลิตร - ตัวอย่างอื่นที่สงสัย ● ตัวอย่างจากผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - เลือด 10 มิลลิลิตร - ปัสสาวะ 50 มิลลิลิตร - น้ำล้างกระเพาะ , อาเจียน เก็บส่งทั้งหมด ห้ามใส่วัตถุกันเสีย 		22 วันหรือแล้วแต่กรณี 22 วันหรือแล้วแต่กรณี	1,600 1,600
2. สารพิษทราบชนิด <ul style="list-style-type: none"> ● แอลกอฮอล์ในเลือด 	<ul style="list-style-type: none"> - เลือด 5 มิลลิลิตร 	7 วันหรือแล้วแต่กรณี	1,000

<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจ BODY FLUID หาสารเสพติด (Confirm test) 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัสสาวะ (ยาบ้า, ยาอี, กัญชา, มอร์ฟิน, โคเคน, โคคาอิน, พืชกระท่อม) 	13 วันหรือแล้วแต่กรณี	700
---	---	-----------------------	-----

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Alcohol ในเลือด

เอกสารแนบหมายเลข ๕

ตัวอย่างแบบฟอร์มเก็บสิ่งส่งตรวจของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
(สามารถใช้แบบฟอร์ม โดบพิมพ์ออกจากเว็บไซต์ ict-pher.moph.go.th แทนได้)

หนังสือนำส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ที่ (ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงาน).....
.....
.....วัน เดือน ปี.....

เรื่อง ส่งตัวอย่างตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่.....

๑. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
เลขหมายผู้ป่วย..... ตาย ไม่ตาย

สาเหตุ อุบัติเหตุทางถนน

๒. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๓. ผู้เก็บตัวอย่าง.....วันที่เก็บตัวอย่าง.....เวลา.....น.

๔. พาหนะที่เกิดเหตุ รถเก๋ง รถปิคอัพ รถบรรทุก รถจักรยานยนต์ จักรยาน
 รถบรรทุกทางการเกษตร (อีแต่น) อื่นๆ (ระบุ)

คู่กรณี รถเก๋ง รถปิคอัพ รถบรรทุก รถจักรยานยนต์ จักรยาน
 รถบรรทุกทางการเกษตร (อีแต่น) อื่นๆ (ระบุ)

๕. ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ NaF. Blood & CC. อื่นๆ (ระบุ)

๖. วัตถุประสงค์ของการตรวจ

งานคดี วินิจฉัยโรค บำบัดรักษา ตรวจสอบสุขภาพ เฝ้าระวัง อื่นๆ (ระบุ)

ขอแสดงความนับถือ

....(กลุ่ม ฝ่าย งาน Ward).....
..ชื่อผู้ติดต่อ ประสานงาน.....
..โทรศัพท์.....
..โทรสาร.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ-ส่งตัวอย่าง

หมายเลขวิเคราะห์	
การนำส่ง <input type="checkbox"/> ทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/>	การตรวจรับ <input type="checkbox"/> ตัวอย่างปกติ <input type="checkbox"/>
ลายมือชื่อผู้ส่ง..... (.....)	ผู้รับตัวอย่าง.....
ตำแหน่ง.....	วันที่รับตัวอย่าง.....เวลา.....น.

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Chromosome และ Flow cytometry Leukemia



LABORATORY REQUEST FORM
PCT LABORATORY SERVICE CO.,LTD

375 Soi Jaransanitwong 67, Jaransanitwong Rd., Bangplad, Bangkok 10700
Tel. (662)-096-2045 Fax. (662)-881-0428
LAB Online : www.pctlab.com/raxcheckpoint

For PCT LAB Use only
(Press order label)

TFM-SAM-015 Rev. 004
Effective date: 20-08-2018

Hospital / Clinic..... Name..... Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female HN, Age.....years Ward, Collection date..... Time..... Ordering physician,	For PCT LAB Use only Acceptable : <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No : Comment..... Signature, Date / Time received :,
--	--

Type of specimen <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> BM <input type="radio"/> CSF <input type="radio"/> Other :, Specimen collection Date/time.....	Anticoagulant <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Other :, <input checked="" type="checkbox"/> STAT TEST (Date / Time request)
---	--

Objective Diagnosis Check up Follow up Other :

LEUKEMIA / LYMPHOMA / PNH / MDS

Clinical indications

.....

SPECIAL MARKER

<input type="checkbox"/> CD2	<input type="checkbox"/> CD16	<input type="checkbox"/> CD41
<input type="checkbox"/> CD3 (BM or Fluid)	<input type="checkbox"/> CD19	<input type="checkbox"/> CD56
<input type="checkbox"/> CD4 (BM or Fluid)	<input type="checkbox"/> CD20	<input type="checkbox"/> CD57
<input type="checkbox"/> CD8 (BM or Fluid)	<input type="checkbox"/> CD22	<input type="checkbox"/> CD71
<input type="checkbox"/> CD4:CD8 ratio	<input type="checkbox"/> CD23	<input type="checkbox"/> CD90 T-cell subset
<input type="checkbox"/> CD11b	<input type="checkbox"/> CD25	<input type="checkbox"/> CD103
<input type="checkbox"/> CD11c	<input type="checkbox"/> CD27	<input type="checkbox"/> CD105 B-cell subset
<input type="checkbox"/> CD13	<input type="checkbox"/> CD34	<input type="checkbox"/> 7-AAD
<input type="checkbox"/> CD15	<input type="checkbox"/> CD38	<input type="checkbox"/> Other :

Lab finding

Hb : g/d Hct : % WBC count :x 10³ cells/ul
 Diff :

MULTIPLE MYELOMA

Serum Protein Electrophoresis
 Immunofixation

FLOW CYTOMETRY FOR LEUKEMIA / LYMPHOMA

Acute Leukemia
 Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)
 Acute Myeloid Leukemia (AML)
 B-cell Non-Hodgkin Lymphoma
 T-cell Non-Hodgkin Lymphoma
 Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)
 Chronic Myeloid Leukemia (CML)
 Lymphocyte markers
 Minimal Residual Disease (MRD) AML Panel
 Minimal Residual Disease (MRD) B-ALL Panel
 Minimal Residual Disease (MRD) T-ALL Panel
 Multiple Myeloma (MM)
 Myelodysplastic syndrome (MDS)
 NK-cell Lymphoma
 Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria (PNH)
 TCR Gamma & Delta
 TCR Alpha & Beta
 Other :

LEUKEMIA CHROMOSOME ANALYSIS

Chromosome blood leukemia (Heparinized blood 3-5 ml)
 Chromosome bone marrow leukemia (Heparinized BM 3-5 ml)

MOLECULAR CYTOGENETIC ANALYSIS

BCR/ABL by RT-PCR (EDTA BM/PB 3-5 ml)
 BCR/ABL by RQ-PCR (EDTA BM/PB 3-5 ml)
 BCR/ABL by FISH t(9;22) (Heparinized BM/PB 3-5 ml)
 Jack 2 V617F mutation (EDTA BM/PB 3-5 ml) *+ CBC Report
 PML/RARA fusion gene t(15;17) By FISH (Heparinized BM/PB 3-5 ml)
 PML/RARA fusion gene t(15;17) By RT-PCR (EDTA BM/PM 3-5 ml)
 Prader-Willi Syndrome by FISH (Heparinized BM/PB 3-5 ml)

Note :

- For Molecular Cytogenesis Analysis, PCT Laboratory accept specimens only on Monday - Thursday
- Leukemia: Use 3-5 ml of BM/PB with EDTA or Heparinized as anticoagulant or use 5-10 ml of CSF/BAL in sterile bottle. Transport to PCT laboratory at room temperature within 24 hrs.

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจ Chromosome Study

- () ส่วน
- () ไม่ส่วน

FD-OP-C20/01 วันที่รับ CE-00.00 เลขที่รับ: 00

แบบฟอร์มการส่งตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรม

ศูนย์วิจัยพันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... วัน เดือน ปีเกิด.....
 แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... วัน เดือน ปี ส่งตรวจ.....
 การวินิจฉัย.....
 หน่วยงาน/โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ..... ward.....
 ชนิดของสิ่งส่งตรวจ..... วันเดือนปีที่เก็บ..... เวลาเก็บ..... ชื่อผู้เก็บ.....
 วิธีรับผล () ทางไปรษณีย์ ชื่อ-นามสกุล ผู้มีอำนาจรับผล..... โทรศัพท์.....
 ที่อยู่ให้จัดส่งผล.....
 () มารับด้วยตนเอง ชื่อ-นามสกุล ผู้มีอำนาจรับผล..... โทรศัพท์.....
 () ทางโทรศัพท์ (ระบุได้มากกว่า 1 ชื่อ) ชื่อ-นามสกุล ผู้มีอำนาจรับผล..... โทรศัพท์.....
 ที่อยู่ให้จัดส่งผล.....

ชนิดของการตรวจวิเคราะห์	ค่าบริการ	ขอมูลส่วน
1) การตรวจวิเคราะห์โครโมโซม		
<input checked="" type="checkbox"/> จากเลือด	2,000 บาท	3,000 บาท
<input type="checkbox"/> จากน้ำคร่ำ	3,200 บาท	-
2) การตรวจด้วยวิธี FISH (Fluorescence In situ Hybridization) ในโรคดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> DiGeorge/Velocardiofacial syndrome	2,500 บาท	-
<input type="checkbox"/> Williams syndrome	2,500 บาท	-
<input type="checkbox"/> Prader Willi/Angelman syndrome	2,500 บาท	-
<input checked="" type="checkbox"/> Smith-Magenis syndrome	2,500 บาท	-
<input type="checkbox"/> Isolated Lissencephaly syndrome	2,500 บาท	-
3) <input type="checkbox"/> การตรวจ Chromosome พร้อม FISH 1 โรค (ระบุโรคตามข้อ 2)	3,200 บาท	-
4) การตรวจด้วยวิธี Interphase FISH จากเลือด, Preimplantation sample		
<input type="checkbox"/> นับจำนวนโครโมโซม X และ Y	1,500 บาท	2,500 บาท
<input checked="" type="checkbox"/> นับจำนวนโครโมโซม X, Y, และ 21	2,000 บาท	3,000 บาท
5) <input type="checkbox"/> การตรวจ Subtelomeric FISH	30,000 บาท	-
6) การตรวจ DNA		
<input type="checkbox"/> MECP2 (Rett syndrome)	15,000 บาท	22,500 บาท
7) อื่นๆ		

Loco.

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจโรคติดเชื้อ Rickettsia



หมายเลขทะเบียน 4141/57

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
315/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2354 5310 หรือ โทร.ทบ. 85158

ใบคำขอส่งตรวจโรคติดเชื้อ Rickettsia โดยวิธี IFA

โดยห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 15189: 2012, ISO 15190: 2003

แผนกพยาธิวิทยา กองวิจัย

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกรายการ)

ชื่อผู้ป่วย _____ เพศ ชาย หญิง อายุ _____ ปี _____ เดือน
เลขที่ทั่วไป _____ วันที่เก็บตัวอย่าง _____
แพทย์ผู้ส่ง _____

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ

Clotted Blood Serum CSF อื่น ๆ _____

ส่งตรวจ Rickettsia ด้วยวิธี IFA (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- Scrub typhus (IgM และ IgG)
 Murine typhus (IgM และ IgG)
 Tick typhus (IgM และ IgG)

ค่าส่งตรวจ	ค่าส่งตรวจ	1 รายการ	700 บาท
	ค่าส่งตรวจ	2 รายการ	800 บาท
	ค่าส่งตรวจ	3 รายการ	900 บาท

ข้อมูลการติดต่อ

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งสิ่งส่งตรวจ _____
โทรศัพท์ _____ สถานที่ติดต่อ _____

วิธีเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ สำหรับตรวจ Rickettsia antibodies (IgM และ IgG)

- 1. Clotted Blood (เลือด)** วิธีเก็บ: เจาะเลือดปริมาณไม่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดเก็บเลือด พร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อรีคเก็ตเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ภายในไม่เกิน 6 ชั่วโมง หลังจากเจาะเลือด
- 2. Serum (น้ำเหลือง)** วิธีเก็บ: เจาะเลือดปริมาณไม่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตร บั่นแยกน้ำเหลืองที่ความเร็ว 3,000 รอบ/นาที นาน 5 นาที เก็บแยกน้ำเหลืองใส่หลอดทดลอง ปิดฝาพร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อรีคเก็ตเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
- 3. CSF (น้ำไขสันหลัง)** วิธีเก็บ: เจาะน้ำไขสันหลังปริมาณไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดสะอาด ปิดฝาพร้อมระบุชื่อและวันที่เก็บให้ชัดเจนที่ข้างหลอด และนำส่งห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อรีคเก็ตเซีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

หมายเหตุ - ถ้าไม่สามารถนำส่งได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมงให้เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส
- ชำระเงินค่าตรวจ ณ ห้องจัดเก็บเงินรายได้ และส่งสิ่งส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการ โรคติดเชื้อรีคเก็ตเซีย ตึกปฏิบัติการวิจัยทางการแพทย์ อาคาร 2 ชั้น 1 กองวิจัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-14.00 น.
- เพื่อยืนยันผลการตรวจ ควรส่งเลือดหรือ Serum ครั้งที่ 2 ระยะห่าง 5-10 วัน (Second serum)
- ประกันเวลาทดสอบ (Turnaround time (TAT): 3 วันทำการ)

FM-WI-RIC-001/01 แก้ไขครั้งที่ 7 (7 กรกฎาคม 2564)

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจโรคติดเชื้อ Rickettsia (ต่อ)



หมายเลขทะเบียน 4141/57

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
315/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2354 5310 หรือ โทร.ทบ. 85158

ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคติดเชื้ Rickettsia

(กรณาเขียนด้วยตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกรายการ)

เลขที่ทั่วไป _____ โรงพยาบาล _____

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน (หมู่บ้าน) _____ บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ตำบล (แขวง) _____ อำเภอ (เขต) _____ จังหวัด _____

โทรศัพท์ (บ้าน) _____ มือถือ _____

ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ก่อนป่วย ท่านเดินทางไปเที่ยวใดบ้าง _____

การตรวจวินิจฉัย _____

อาชีพ

รับราชการ ทหาร ตำรวจ ครู นักเรียน, นักศึกษา

รัฐวิสาหกิจ งานส่วนตัว แม่บ้าน ทำนา ทำสวน

ทำไร่ ตัดไม้ เสาถ่าน หาของป่า ล่าสัตว์

รับจ้าง (ระบุงาน) _____

เมื่อ 3 สัปดาห์ก่อนป่วย ระบุว่าทำอะไรมาบ้าง

ทำนา ทำสวน ทำไร่ ตัดไม้ ล่าสัตว์

หาของป่า ตกปลา ลาดตระเวน อื่น ๆ (ระบุ) _____

ผู้ป่วยเคยถูกสัตว์ประเภทนี้กัดหรือไม่

ไร เคย ไม่เคย หมัด เคย ไม่เคย

เห็บ เคย ไม่เคย เหา เคย ไม่เคย

อาการขณะนี้

มีไข้ _____ วัน อุณหภูมิ _____ °C ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย

ปวดกระบอกตา ตาแดง เจ็บคอ

หนาวสั่น ค้อมน้ำเหลืองโต ท้องเสีย

มีผื่นขึ้นตามตัว มีแผลเหมือนถูกหนูหรือจี้ (Eschar)

อื่น ๆ (ระบุ) _____

แพทย์ผู้ให้การรักษา _____ โทร _____

FM-WI-RIC-001/02 แก้ไขครั้งที่ 4 (7 กรกฎาคม 2564)

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจหาสารเป็นพิษ

แบบนำส่งตรวจหาสารเป็นพิษ (ส่งโดยแพทย์ผู้รักษา) จากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั่วไป
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

ที่..... หน่วยงานที่ส่ง.....
แผนก..... โทรศัพท์.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้ทำการตรวจวิเคราะห์สารเป็นพิษ

เรียน

1. ชื่อผู้ที่ได้รับสารพิษนาย/นาง/น.ส./ด.ญ./ด.ช.
อายุ..... อาชีพ.....
2. กรณีได้รับสารเป็นพิษ(ระบุรายละเอียด).....
3. สารเป็นพิษได้รับโดยวิธีใด..... ตาย ไม่ตาย
4. เหตุการณ์ก่อนเกิดอาการและสารเป็นพิษที่สงสัย.....
5. สาเหตุ อุบัติเหตุ สงสัยมีผู้ฆ่า ฆ่าตัวตาย
 ไม่ทราบสาเหตุ จากยาที่ใช้รักษาโรค อื่น ระบุ.....
6. วันเวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่.....
7. รายละเอียดอาการครั้งแรกและต่อมา (ระบุเวลาด้วย).....
8. ตัวอย่างที่นำส่ง(โปรดกา)
 ซีรัม 5 ซีซี (ส่งตรวจ Insecticides และ other pesticides)
 เลือด 5 ซีซี ใส่ Sodium fluoride (ยกเว้นตัวอย่างส่งตรวจ Cholinesterase กรณีสงสัยได้รับยาฆ่าแมลงไม่ใส่สารนี้ เลือดควรเก็บ
ส่งภายใน 24 ชม. หลังได้รับสารเป็นพิษ)
 น้ำล้างกระเพาะส่งทั้งหมด (ห้ามใส่ยากันบูด)
 ปัสสาวะ 50 ซีซี ภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มป่วย อื่นๆ
9. ที่อยู่หน่วยงานที่ส่ง..... โทรศัพท์.....
กรณีป้องกันสารเป็นพิษระเหย ให้บรรจุตัวอย่างในภาชนะที่เหมาะสมปิดจุกแน่นสนิท
10. ต้องการรับผลวิเคราะห์ ด้วยตัวเอง ทางไปรษณีย์

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

* ตำแหน่ง.....

*ตำแหน่งนี้ต้องเป็นระดับรับผิดชอบชั้นสูงในหน่วยงาน

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจหาสารเป็นพิษ (ต่อ)

รายชื่อสารพิษที่แพทย์ต้องการให้ตรวจ

สารพิษที่ต้องการให้ตรวจ (โปรดกา)				ตัวอย่างที่ควร ส่งตรวจ
Volatile poisons	<input type="radio"/> cyanide	<input type="radio"/> methanol	<input type="radio"/> ethanol	1,2,3,4,5
	<input type="radio"/> aldehyde	<input type="radio"/> carbonmonoxide	<input type="radio"/> อื่นๆ	
Metallic poisons	<input type="radio"/> arsenic	<input type="radio"/> antimony,mercury,bismuth		1
	<input type="radio"/> lead	<input type="radio"/> อื่นๆ		
Toxic anions Drugs	<input type="radio"/> nitrate	<input type="radio"/> nitrite	<input type="radio"/> อื่นๆ	4
	<input type="radio"/> salicylates	<input type="radio"/> pyrazolone derivatives		
	<input type="radio"/> caffeine	<input type="radio"/> pyrazolone derivatives		
	<input type="radio"/> phenylbutazone	<input type="radio"/> methaqualone		
	<input type="radio"/> chlorpropamide	<input type="radio"/> theophylline	<input type="radio"/> quinidine	
Narcotic drugs	<input type="radio"/> heroin	<input type="radio"/> morphine	<input type="radio"/> Amphetamine	3
	<input type="radio"/> MDMA	<input type="radio"/> cocaine	<input type="radio"/> Mitragynine (กระท่อม)	
	<input type="radio"/> Methamphetamine	<input type="radio"/> THC (กัญชา)		
Psychotropic drugs	<input type="radio"/> benzophenone derivatives (diazepam etc.)			3,4
Trichlorocompounds	<input type="radio"/> ฟอรัมาลีน			1,3,5
	<input type="radio"/> Toluene, Acetone, Ethylacetate			
Insecticides	<input type="radio"/> Organophosphates	<input type="radio"/> Organochlorine		2,4,5
	<input type="radio"/> Carbamates	<input type="radio"/> Pyrethroid		
Other pesticides	<input type="radio"/> Paraquat	<input type="radio"/> Glyphosate	<input type="radio"/> อื่นๆ	3,5
	<input type="radio"/> Warfarin	<input type="radio"/> Rotenone		
อื่นๆ.....				

หมายเหตุ 1 = เลือด 2 = ชีรั่ม 3 = ปัสสาวะ 4 = น้ำล้างกระเพาะ 5 = วัตถุอื่น

ตัวอย่างแบบฟอร์มนำส่งตรวจหาพิษจุนหาสารเสพติด



F 41 00 179

แม่ไมค์ครั้งที่ 0
หน้าที่ 1 ของทั้งหมด 2 หน้า

หนังสือนำส่งปัสสาวะเพื่อตรวจพิสูจน์หาสารเสพติด

ที่.....
เขียนที่.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง การตรวจพิสูจน์สารเสพติดในตัวอย่างปัสสาวะ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ปัสสาวะ จำนวน ๑ ตัวอย่าง

๑. ชื่อ-สกุล (เจ้าของปัสสาวะ) อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เลขคดีที่.....
๒. สัญชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ) เลขหมายประจำตัวประชาชน
๓. อาชีพ รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรส่วนท้องถิ่น พนักงานสถานประกอบการ นักเรียน/นักศึกษา เกษตรกร ไม่ประกอบอาชีพ อื่นๆ (ระบุ).....
๔. อาการที่สังเกตเห็นได้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) ปกติ หงุดหงิด กระวนกระวาย คลุ้มคลั่ง มีเมมา พุดจาไม่รู้เรื่อง ง่วงซึม ไม่รู้สึกตัว อื่นๆ (ระบุ)
๕. สถานที่เกิดเหตุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ เวลา น. วัน/เดือน/ปีที่เก็บตัวอย่าง เวลา น.
 ไม่พบของกลางวัตถุเสพติด พบของกลางวัตถุเสพติด (ระบุ) จำนวน
๖. การตรวจพิสูจน์เบื้องต้น ไม่ได้ตรวจ ตรวจ โดยใช้ชุดทดสอบ ชื่อ บริษัท
วัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ ให้ผล บวก ลบ ไม่ชัดเจน อื่น ๆ (ระบุ)
๗. ชนิดของสารเสพติดที่ต้องการตรวจ
 ยาบ้า กัญชา ยาอี เฮโรอิน/มอร์ฟีน โคเคน อื่น ๆ (ระบุ)
๘. วัตถุประสงค์ของการตรวจ
 ดำเนินคดี บำบัดรักษา วินิจฉัยโรค ตรวจสอบสุขภาพ เผื่อระวัง อื่นๆ (ระบุ)
๙. การจัดการตัวอย่าง ขอรับตัวอย่างคืนพร้อมผลวิเคราะห์ ให้ศูนย์ ฯ เป็นผู้พิจารณาดำเนินการ
๑๐. รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี)

ขอแสดงความนับถือ

หมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อสอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติมได้ลงชื่อ (ผู้มีอำนาจลงนาม)
(.....)

ตำแหน่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ-ส่งตัวอย่าง

หมายเลขวิเคราะห์ ปริมาตรปัสสาวะ มิลลิลิตร นำส่งทางไปรษณีย์ นำส่งด้วยตนเอง
โดย ตำแหน่ง หน่วยงาน บัตรประจำตัว

เจ้าหน้าที่ของรัฐ ประชาชน อื่น ๆ เลขที่ วันออกบัตร วันหมดอายุ

ลายมือชื่อผู้ส่ง ผู้รับตัวอย่าง วันที่รับตัวอย่าง เวลา น.

สำหรับผู้วิเคราะห์

ตรวจพบ M-AMP AMP MDMA MDA MDE MOR COD THC COC

ตรวจไม่พบ BZO K E PE N อื่น ๆ

ผู้วิเคราะห์ / ผู้รับรองผลวิเคราะห์ วัน/เดือน/ปี

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาไม่รับตัวอย่างที่ไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน