

แบบส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยวิธี Quadruple test

โรงพยาบาลสิชล

โทรศัพท์ 075 536 336 โทรสาร 075536 381

หมายเลขวิเคราะห์ -

ข้อมูลหน่วยงานที่ส่งตรวจ

รหัสหน่วยงาน.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....
แพทย์/ผู้ส่งตรวจ.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
ชื่อ-สกุล ผู้รับรายงานผล.....E-mail Address:

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ (มีความสำคัญมากต่อการแปลผล)

ชื่อ - นามสกุล.....HN.....เชื้อชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ---------------
วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.).....อายุ.....ปี น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

ประวัติการตั้งครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....อายุครรภ์ (GA) ณ วันที่เจาะเลือด.....สัปดาห์.....วัน นับตาม ☐ LMP
หรือ ☐ U/S
ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP).....วันกำหนดคลอด (EDC).....

การตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound Examination)

ตรวจวันที่.....

จำนวนทารกในครรภ์ ☐ ครรภ์เดียว ☐ แผลสอง ☐ อื่น ๆ
BPD..... : mm =.....Weeks.days
CRL..... : mm =.....Weeks.days

การเจาะเก็บตัวอย่างเลือด (ไตรมาสที่ 2 ช่วง 14-18 สัปดาห์)

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือด เวลา

ประวัติเพิ่มเติม	มี	ไม่มี
1. ประวัติคลอดบุตรกลุ่มอาการดาวน์		
2. ประวัติคลอดบุตรผิดปกติทางโครโมโซม (Trisomy 13, 18, etc)		
3. ประวัติคลอดบุตรโรคหลอดเลือดประสาทไม่ปิด (Neural tube defect)		
4. เบาหวานที่รักษาด้วย insulin ในการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบัน		
5. ตั้งครรภ์จากการผสมเทียม		
6. ประวัติสูบบุหรี่		

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีความสำคัญต่อความแม่นยำในการแปลผลการตรวจวิเคราะห์

การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม สปสช. ☐ บันทึกแล้ว วันที่..... ผู้บันทึก.....
☐ ไม่บันทึก เพราะ ☐ ไม่ใช้สิทธิ์ ☐ อื่น ๆ

แนวทางการเก็บตัวอย่างส่งตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยวิธี Quadruple test

ข้อแนะนำการเก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่าง

1 สถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก

- 1.1. เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำโดยวิธีปลอดเชื้อประมาณ 3-5 มิลลิลิตรใส่หลอดบรรจุตัวอย่างจากนั้นปั่นแยกเฉพาะซีรัมภายใน 2 ชั่วโมงหลังเจาะเลือด โดยปั่นที่ความเร็ว 3,000 rpm นาน 10-15 นาที จากนั้นดูดซีรัมปริมาณ 1-2 ml ใส่ในหลอดบรรจุตัวอย่างขนาด 12X75 mm. ปิดให้แน่นปิดป้ายระบุชื่อนามสกุลผู้ป่วยวันที่เจาะเลือดและระบุรายการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นเก็บรักษาซีรัมในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8°C ก่อนนำส่ง
- 1.2. กรอกข้อมูลลงในแบบนำส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม สปสช.
- 1.3. นำส่งตัวอย่างซีรัมภายใน 48 ชั่วโมง ไปยังห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัดโดยควบคุมอุณหภูมิ 2-8°C พร้อมแนบแบบนำส่งตัวอย่าง

2 ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด

- 2.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากสถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก
- 2.2. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของตัวอย่าง และแบบนำส่งตัวอย่าง
- 2.3. จัดเก็บตัวอย่างซีรัมที่ตู้แช่แข็งอุณหภูมิน้อยกว่า -20°C ก่อนการส่งต่อ

3 บริษัทบริการขนส่งตัวอย่าง

- 3.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด โดยขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง
- 3.2. ส่งตัวอย่างซีรัม โดยการควบคุมอุณหภูมิน้อยกว่า -20°C พร้อมแบบนำส่งตัวอย่าง ถึงโรงพยาบาลสิชลภายใน 60 ชั่วโมง
- 3.3. ส่งตัวอย่างซีรัม โดยการควบคุมอุณหภูมิที่ 2-8°C ถึงโรงพยาบาลสิชล ภายใน 48 ชั่วโมง

เกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่าง

- 1 ซีรัมมีลักษณะขุ่น (lipemic)
- 2 ปริมาณตัวอย่างซีรัมน้อยกว่า 1 มิลลิลิตร
- 3 มีการรั่วซึมของตัวอย่างออกนอกภาชนะบรรจุ
- 4 ข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจนไม่ตรงเอกสารนำส่ง

หน่วยงานรับผิดชอบ

โรงพยาบาลสิชล 189 หมู่ 5 ถ.ศุภโยคพัฒนา ต.สิชล อ.สิชล จ.นครศรีธรรมราช 80120

โทรศัพท์ 075 536 336 โทรสาร 075 536 381

ผู้ประสานงาน

นางอติทยา	จิตเขม้น	เบอร์โทร 0846251050
นางสาวปิติพร	ปานสุข	เบอร์โทร 0854776337
นางสาวนิศากร	ทินวงศ์	เบอร์โทร 0835444510