



ประกาศโรงพยาบาลลำพูน
เรื่อง นโยบายการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล
(Rational laboratory use, RLU) โรงพยาบาลลำพูน

เพื่อให้การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational laboratory use, RLU) ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องไม่มีการสั่งใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เกินความจำเป็น (Over investigation) และต้องไม่มีการสั่งใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์น้อยกว่าความจำเป็น (Under investigation) โรงพยาบาลลำพูน จึงขอประกาศแนวทางการสั่งใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลดังนี้

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๑) โรคเบาหวาน			
๑	Hb A1C	๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีแล้ว (Hb A1C $\leq$ ๖.๕ mg/dl) ให้ส่งตรวจ ๑ ครั้งต่อปี ๒) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (Hb A1C $>$ ๖.๕ mg/dl) ให้ส่งตรวจ ๒ ครั้งต่อปี โดยมีระยะเวลาห่างกันไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน ๓) ให้มีการแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง Hb A1C โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	○ ร้อยละของการส่งตรวจ Hb A1C ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีแล้ว (Hb A1C $\leq$ ๖.๕ mg/dl) เป้าหมายไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี มากกว่าร้อยละ ๗๐ ○ ร้อยละของการส่งตรวจ Hb A1C ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีแล้ว (Hb A1C $>$ ๖.๕ mg/dl) เป้าหมายที่ ๒-๓ ครั้งต่อปี มากกว่าร้อยละ ๗๐

๒) โรคไต...

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๒) โรคไต			
๑	BUN และ creatinine	๑) ให้แพทย์พิจารณาส่งเฉพาะ Creatinine และยกเลิกการส่งตรวจแบบ Profile (ทั้ง BUN พร้อม Cr) หากจำเป็นให้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ที่รักษา ๒) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง BUN พร้อม Creatinine โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๓) การตรวจติดตามอัตราการกรองของไต จากการตรวจค่า Creatinine ตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ทำได้ดังนี้ ● โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๑ และ ๒ ควรตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๑ ปี ● โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ควรตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๖ เดือน ● โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ควรตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๔ เดือน ● โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ควรตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๓ เดือน ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	○ ร้อยละของการส่งตรวจ BUN พร้อม Creatinine เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๕๐

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๓) โรคต่อไทรอยด์			
๑	Hypothyroidism	๑) กรณี First diagnosis สามารถส่งตรวจแบบชุด (Profile) ได้ ซึ่ง Thyroid function test จะประกอบด้วย ค่า TSH, FT₃ และ FT₄ ๒) กรณี Follow up ให้เลือกส่งเฉพาะบางการทดสอบ และยกเลิกการส่งตรวจเป็น Profile และ Follow up ตรวจติดตามค่าไทรอยด์ที่ระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖๐ วัน ๓) ให้มีการทำแจ้งเดือนในระบบ HIS กรณีส่ง Thyroid function test โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กแพทย์	○ ร้อยละของการส่งตรวจเลือดไทรอยด์ กรณี เพื่อการ follow up ต่อตามผลเป้าหมายส่งตรวจแบบชุด (Profile) ที่ไม่เกินร้อยละ ๕๐
๒	Hyperthyroidism	๑) กรณี First diagnosis สามารถส่งตรวจแบบชุด (Profile) ได้ ซึ่ง Thyroid function test จะประกอบด้วย ค่า TSH, FT₃ และ FT₄ ๒) กรณี Follow up ให้เลือกส่งเฉพาะบางการทดสอบ และยกเลิกการส่งตรวจเป็น Profile และ Follow up อย่างน้อย ๒ เดือนครั้ง	○ ร้อยละของการส่งตรวจเลือดไทรอยด์ กรณี เพื่อการ follow up ต่อตามผลเป้าหมายส่งตรวจแบบชุด (Profile) ที่ไม่เกินร้อยละ ๕๐

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
		๓) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง Thyroid function test โดยให้แสดงผลการตรวจ และวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	
๔) โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure)			
๑	Pro-BNP	๑) การตรวจเพื่อการวินิจฉัย ส่งตรวจ NT proBNP ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ และตรวจร่างกายไม่ชัดเจน โดยผลการตรวจมีประโยชน์ในการ rule out HF มากกว่า rule in ๒) ไม่แนะนำให้ส่งตรวจ NT proBNP ในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยและที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนแล้วว่าเป็น HF หรือโรคจำเพาะอย่างอื่น เช่น โรคปอด ๓) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	○ ร้อยละของการส่งตรวจ NT proBNP ในผู้ป่วยที่มีการเหนื่อยชัดเจนแล้วว่า เป็น HF หรือโรคจำเพาะอย่างอื่น เช่น โรคปอดเป้าหมายที่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๕) โรคตับ			
๑	HBs Ag Anti HCV	๑) การตรวจเพื่อการคัดกรอง <u>ปีละ ๑ ครั้ง</u> เฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ • ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด • ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย • ผู้ที่ได้รับการฟอกไต • มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตับอักเสบ บี หรือ ซี • ผู้ป่วย HIV	○ อัตราการไม่ตรวจ HBs Ag ข้างภายในระยะเวลา ๙๐ วันเป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๙๐

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
		• บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ • ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและสารประกอบของเลือดเป็นประจำ • ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเลือดพบว่า มีตับอักเสบ ๒) การส่งตรวจ HBs Ag ต้องไม่ส่งตรวจซ้ำภายในระยะเวลาน้อยกว่า ๙๐ วัน ๓) ผู้ที่เคยตรวจให้ได้ผลบวกแล้วไม่ควรตรวจซ้ำ ๔) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง HBs Ag โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๕) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	
๒	Anti-HCV	๑) การส่งตรวจ Anti-HCV ต้องไม่ส่งตรวจซ้ำภายในระยะเวลา ๙๐ วัน ๒) คนที่เคยตรวจให้ได้ผลบวกแล้วไม่ควรตรวจซ้ำ ๓) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง Anti-HCV โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กรแพทย์	○ อัตราการไม่ตรวจ Anti-HCV ซ้ำภายในระยะเวลา ๙๐ วันเป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๙๐

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๓	LFT	๑) ยกเลิกการส่งตรวจเป็นแบบชุด (Profile) ทุกตัว ๒) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS กรณีส่ง LFT โดยให้แสดงผลการตรวจ และวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๓) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กร แพทย์	○ อัตราการตรวจค่าการทำงานของตับแบบชุด LFT เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๕) โรคติดเชื้อ			
๑	NS๑ Ag Dengue IgM Dengue IgG	๑) การตรวจเพื่อการวินิจฉัย ควรตรวจในผู้ป่วยที่น่าจะเป็นโรคติดเชื้อเดงกี คือ มีไข้สูงเฉียบพลัน ร่วมกับอาการ อาการแสดงที่เข้าได้ ๒) ไม่ควรตรวจ Dengue NS๑ ในผู้ป่วยที่มีอาการนานกว่า ๗ วัน หรือไม่มีไข้แล้ว ๓) Dengue IgM ควรตรวจในผู้ป่วยที่คิดถึงโรคติดเชื้อเดงกี โดยตรวจที่เวลา มากกว่า ๕ วันของการมีไข้ หากตรวจก่อนเวลามีโอกาสได้ผลลบสูง ๔) ในผู้ป่วยที่คิดถึงโรคติดเชื้อเดงกี แนะนำให้ตรวจ CBC ทุกวันหลังวันที่ ๓ ของไข้ จนกระทั่งไข้ลงดี อาการดีขึ้น ๕) ยกเลิกการส่งตรวจแบบชุด (Profile) กล่าวคือตรวจ Dengue NS๑ พร้อม IgM และ IgG ๖) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS โดยให้แสดงผลการตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๗) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กร แพทย์	○ อัตราการส่งตรวจแบบชุดพร้อมกันทั้ง ๓ ตัว เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ○ อัตราการส่งตรวจ Dengue NS๑ หลังจากระยะไข้เกิน ๗ วัน เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๒	Influenza A,B	๑) การตรวจเพื่อการวินิจฉัย ในกรณี ฤดูการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ร่วมกับอาการไข้สูง มีน้ำมูก หวัด ไอ ปวดกล้ามเนื้อ หรือผู้ที่ไม่ได้ รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ๔ สายพันธุ์ประจำปี	○ อัตราการส่งตรวจใน ผู้ป่วยที่ไม่มีไข้หรือ URI symptom มาก่อน เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐
๓) โรคไขมันในเลือดสูง			
๑	Lipid profile	๑) ยกเลิกการส่งตรวจแบบชุด (Profile) ซึ่งประกอบไปด้วย Cholesterol, Triglyceride, HDL และ LDL ๒) Follow up เฉพาะตัวที่ต้องการ ติดตาม ๓) ให้มีการทำแจ้งเตือนในระบบ HIS โดยให้แสดงผลการตรวจและวัน เวลาที่ส่งตรวจครั้งล่าสุด ๔) จัดทำ CPG และสื่อสารแก่องค์กร แพทย์ให้มีการทำแจ้งเตือนใน ระบบ HIS โดยให้แสดงผลการ ตรวจและวันเวลาที่ส่งตรวจครั้ง ล่าสุด	○ อัตราการตรวจแบบชุด ○ Lipid Profile เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลลำพูน
65474
23 พ.ย. 2566

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลลำพูน โทร. ๑๒๘๑ ต่อ ๒๔

ที่ ลพ.๐๐๓๓.๒๐๒.๒/๓๐๖

วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก (Referral laboratoty) โรงพยาบาลลำพูน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

เพื่อให้การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก (Referral laboratory) เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องไม่มีการส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Over-investigation) และการส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกไม่น้อยกว่าความจำเป็น (Under-investigation) โรงพยาบาลลำพูน

ในการนี้คณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (Rational laboratoty use, RLU) ได้จัดทำประกาศโรงพยาบาลลำพูนเรื่อง การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก (Referral laboratoty) โรงพยาบาลลำพูน ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามประกาศ ดังกล่าวต่อไปด้วย

(นางสาวจุฑามาศ สมชาติ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควร

(นายสุวิทย์ คุณประสิทธิ์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

24 พ.ย. 2566

☒ ทราบ

☒ เห็นชอบ

☐ อนุมัติ

(นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

29 พ.ย. 2566



ประกาศโรงพยาบาลลำพูน
เรื่อง การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก (Referral laboratory)
โรงพยาบาลลำพูน

เพื่อให้การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก (Referral laboratory) เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องไม่มีการส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Over-investigation) และการส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกไม่น้อยกว่าความจำเป็น (Under-investigation) โรงพยาบาลลำพูน จึงขอประกาศแนวทางการส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกดังนี้

๑) ให้มีการส่งตรวจตามบัญชีรายการส่งตรวจสัญญาที่โรงพยาบาลได้ทำข้อตกลงไว้กับบริษัทที่รับตรวจต่อ ซึ่งเป็นรายการในแผนการส่งต่อหน่วยงานภายนอก (เอกสารแนบ ๑)

๒) กรณีมีเหตุผลและความจำเป็นต้องการส่งนอกเหนือจากรายการดังกล่าวนี้ ให้ทำบันทึกขออนุมัติระบุเหตุผลและความจำเป็น ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานฯ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้การอนุมัติก่อนการส่งต่อ (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบ ๒)

๓) การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอกกรณีราคาตั้งแต่ ๑,๐๐๐ บาทขึ้นไป ต้องเขียนขออนุมัติส่งต่อภายนอกรายการมูลค่าสูง เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มงานฯ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์อนุมัติก่อนการส่งทุกราย (เอกสารแนบ ๓)

๔) การส่งตรวจทางเทคนิคการแพทย์หน่วยงานภายนอก ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ที่จัดขึ้นโดยองค์กรแพทย์นี้ เป็นแนวทางในการส่งตรวจ โดยจะมีการแสดงแจ้งเตือนในระบบ PMK เมื่อมีการส่งรายการนี้ (เอกสารแนบ ๔)

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

คุณลักษณะเฉพาะการจ้างเหมาบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์

โรงพยาบาลลำพูน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑. วัตถุประสงค์

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์ที่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ ตามรายละเอียดที่แนบท้าย

๒. คุณสมบัติทั่วไป

เป็นห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์ที่สามารถตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการตามรายละเอียดที่แนบท้าย

๓. คุณสมบัติทางเทคนิค

๓.๑ ผู้รับจ้างต้องมีอาชีพให้บริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์โดยมีเอกสารแสดงว่าเป็นห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมายเพื่อประกอบกิจการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์จากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๒ ผู้รับจ้างบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์ ที่เสนอให้บริการต้องจัดทำระบบคุณภาพและผ่านการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) หรือ มาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙ต้องมีใบอนุญาตรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) หรือ มาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙ ที่ไม่หมดอายุ ณ วันเสนอราคาผู้รับจ้างบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์ ต้องตรวจวิเคราะห์ส่งตรวจได้เองเป็นส่วนใหญ่ในรายการที่เสนอให้บริการ เว้นแต่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างก่อน

๓.๓ ผู้รับจ้างต้องมีคู่มือการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มีรายละเอียด เช่น ชื่อการทดสอบ ตัวอย่างที่ใช้ ปริมาณตัวอย่าง วิธีการเก็บตัวอย่าง และวิธีการรักษาตัวอย่างก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ หลักการการทดสอบ ระยะเวลาประกัน และราคาค่าบริการ เป็นต้น โดยครอบคลุมทุกรายการที่เสนอให้บริการ และผู้รับจ้างต้องมอบคู่มือการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้กับโรงพยาบาลลำพูน เพื่อใช้งานอย่างน้อย ๕ เล่ม

๓.๔ ผู้รับจ้างต้องทำการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ โดยนักเทคนิคการแพทย์ และหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องแปลผลโดยแพทย์ โดยต้องแสดงรายชื่อ และใบประกอบโรคศิลปะของผู้ทำการตรวจวิเคราะห์ รายงานผล หรือแปลผลการตรวจวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องด้วย

๓.๕ ผู้รับจ้างบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการด้านเทคนิคการแพทย์ ที่เสนอให้บริการจะต้องแสดงผลการทำ IQC และ EQA/PT หรือ Inter-lab comparison ในรายการที่เสนอ

ให้บริการย้อนหลังอย่างน้อย ๓ เดือน ส่วนผู้รับจ้างที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) หรือ มาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๘ เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือมีรายการทดสอบที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๘ ต้องแสดงเอกสารที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากองค์กรภายนอกโดยให้แสดงหลักฐานย้อนหลัง ๑ ปี

๓.๖ ผู้รับจ้างจะต้องแสดงรายการเครื่องมือหรือวิธีการทดสอบ ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ในรายการที่เสนอให้บริการกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เองได้ในรายการที่แจ้งไว้ว่าตรวจวิเคราะห์เองเมื่อตอนทำสัญญาจ้าง ให้ผู้รับจ้างรับผิดชอบส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมหรือสูงกว่า ทั้งนี้ต้องแจ้งให้ผู้ว่าจ้างทราบเหตุจำเป็น และผู้ว่าจ้างสวนสิทธิที่จะบอกเลิกสัญญาได้ในกรณีเหตุจำเป็นนั้น ไม่สมควรสำหรับการส่งต่อ

๔. เงื่อนไขเฉพาะ

๔.๑ ผู้รับจ้างต้องมีโปรแกรมการส่งตรวจ (Request lab) และหรือรายงานผลออนไลน์ (Report lab)

๔.๒ มีแบบฟอร์มรายงานผลที่มีข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ H.N. ของโรงพยาบาลลำพูน วันที่ส่งตรวจ วันที่ออกผล ชื่อผู้ตรวจ ชื่อผู้รับรองผล ช่วงค่าอ้างอิง ข้อมูลแปลผล หรือข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๔.๓ ผู้จ้างสามารถเรียกขอคืนผลตรวจย้อนหลังได้ไม่น้อยกว่า ๑ ปี และแสดงรูปภาพแสดงหน้าโปรแกรมมาแสดงเป็นหลักฐาน

๔.๔ โปรแกรมการรายงานผล สามารถพิมพ์ผลออนไลน์ได้ และต้องเชื่อมต่อข้อมูลรายการส่งตรวจจากระบบ LIS หรือ HIS ของโรงพยาบาลลำพูนเข้าสู่ระบบ LIS ของห้องปฏิบัติการที่เสนอให้บริการโดยตรง และรายงานผลกลับมาที่ระบบ LIS หรือ HIS ของโรงพยาบาลลำพูน เพื่อลดข้อผิดพลาดในการตรวจรายการที่ไม่ตรงกับความต้องการของโรงพยาบาล และสามารถตรวจสอบสถานการณ์ตรวจวิเคราะห์ได้ เช่นอยู่ระหว่างตรวจวิเคราะห์ ตรวจวิเคราะห์เสร็จสิ้น เป็นต้น โดยจะต้องนำรูปภาพแสดงหน้าโปรแกรมมาแสดงเป็นหลักฐาน และต้องติดตั้งให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน

๔.๕ ผู้รับจ้าง ต้องมีระบบบริหารความปลอดภัยของการเข้าถึงข้อมูล โดยทางโรงพยาบาลสามารถกำหนด Username และ Password ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ โดยแสดงภาพโปรแกรมเป็นหลักฐาน

๔.๖ ผู้รับจ้างต้องมีระบบบันทึกผู้เข้าถึงข้อมูลในระบบ Internet หรือ Computer online โดยบันทึกเป็นกิจกรรมของผู้ใช้ ในการกระทำต่อระบบฐานข้อมูลต่อผู้ป่วยในแต่ละราย รวมถึงสามารถทวนสอบการเข้าไปทำของผู้ใช้ในระบบฐานข้อมูล โดยแสดงภาพโปรแกรมเป็นหลักฐาน

๔.๗ ผู้รับจ้างจะต้องติดตั้ง Computer online พร้อมอุปกรณ์ต่อพ่วงและเครื่องพิมพ์ สำหรับการใช้งานในกระบวนการทำงานเพื่อส่งตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ และติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ หลังจากตรวจเสร็จแล้ว ให้กับโรงพยาบาลลำพูน ตลอดอายุการใช้งาน

๔.๘ กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด ผู้รับจ้างต้องแจ้งให้โรงพยาบาลลำพูนทราบโดยเร็วที่สุด เพื่อระงับใช้ผลที่ผิดพลาด ถ้าแจ้งช้า และมีผลที่ผิดพลาดจนเกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ผู้รับจ้างจะต้องรับผิดชอบผลที่อาจเกิดขึ้นตามมา โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ

๕. ข้อกำหนดอื่นๆ ของห้องปฏิบัติการที่จะบริการ

๕.๑ ผู้รับจ้างต้องสนับสนุนอุปกรณ์ใส่สิ่งส่งตรวจ หลอดแยกตัวอย่างและฉลาก ตามจำนวนที่ผู้จ้างแจ้งร้องขอ ในแต่ละรอบของการส่งตรวจ อย่างเพียงพอโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม

๕.๒ ผู้รับจ้างต้องจัดให้มีบุคลากรในการบริหารจัดการจัดสิ่งส่งตรวจแบบครบวงจรโดยสามารถปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลลำพูน ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐ -๑๖.๐๐ น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ พร้อมทั้งจัดให้มีระบบการขนส่งสิ่งส่งตรวจและอุปกรณ์บรรจุขณะขนย้ายที่ได้มาตรฐาน มีความถูกต้องตามหลักวิชาการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งพนักงานต้องมีความรู้การรับ-ส่งสิ่งตัวอย่างดี โดยสามารถรับ-ส่งตัวอย่างในทุกวัน จันทร์-ศุกร์ ตามเวลาราชการ และมีบริการรับตัวอย่างในกรณีเร่งด่วนด้วย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

๕.๓ ห้องปฏิบัติการที่เสนอต้องเก็บตัวอย่างส่งตรวจหลังตรวจวิเคราะห์แล้ว ไว้ไม่น้อยกว่า ๗ วันเพื่อการทวนสอบหรือขอตรวจเพิ่ม

๕.๔ ห้องปฏิบัติการที่เสนอให้บริการต้องมีโปรแกรมรายงานผลออนไลน์ที่มีการแสดงสถานะของ คนไข้แต่ละรายเพื่ออำนวยความสะดวกติดตาม เช่น กำลังตรวจวิเคราะห์, ผลเสร็จแล้ว เป็นต้น และสามารถค้นหาตามสถานะของคนไข้ได้

๕.๕ ผู้รับจ้างต้องพร้อมให้บริการในรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ได้อยู่ในเงื่อนไขและราคาที่ประกาศไว้ในคู่มือของผู้ให้บริการ และต้องแสดงผลการทำ IQC และ EQA/PT ตามที่ผู้จ้างร้องขอ

๕.๖ วงเงินที่จ้างเหมาสามารถถัวเฉลี่ยกันในแต่ละรายการได้ ถ้าหากรายการใดรายการหนึ่งสูงกว่าราคากลางตามที่ผู้จ้างกำหนด ผู้จ้างสามารถยกเลิกรายการนั้นๆได้

๖. ความต้องการ

จ้างเหมาตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจำนวน ๒๑๒ รายการ ดังรายการตามตารางต่อไปนี้

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑	๑๗-OH Progesterone	๒	๑,๗๐๐	๓,๔๐๐
๒	Acetone in urine	๒๐	๒๕๐	๕,๐๐๐
๓	Acetylcholine receptor*	๒	๒,๖๐๐	๕,๒๐๐
๔	ACTH(Adrenocorticotrophic Hormone)	๒	๒,๗๔๐	๕,๔๘๐
๕	Adenosine Deaminase (ADA)	๖๐	๒๐๐	๑๒,๐๐๐
๖	Alcohol (Ethanol) in blood	๑๕	๓๐๐	๔,๕๐๐
๗	Alcohol (Ethanol) in urine*	๒	๒๗๐	๕๔๐
๘	Aldosterone	๒๐	๗๒๐	๑๔,๔๐๐
๙	Aluminium	๒	๓๖๐	๗๒๐
๑๐	Amikacin	๒	๓๕๐	๗๐๐
๑๑	AMINOPHYLIN	๒	๖๐๐	๑,๒๐๐
๑๒	Ammonia	๒	๓๕๐	๗๐๐
๑๓	Anti - Dnase B*	๒	๔๐๐	๘๐๐
๑๔	Anti Centromere	๒๐	๓๐๐	๖,๐๐๐
๑๕	Anti-cardiolipin(IgA)	๒	๔๐๐	๘๐๐
๑๖	Anti-cardiolipin(IgG)	๓๐	๒๔๐	๗,๒๐๐
๑๗	Anti-cardiolipin(IgM)	๓๐	๒๕๐	๗,๕๐๐
๑๘	Anti-CCP	๖๐	๙๕๐	๕๗,๐๐๐
๑๙	ANTI-dsDNA Antibodies	๑๕๐	๒๑๐	๓๑,๕๐๐
๒๐	ANTI-EPSTEIN BARR VIRUS (EBV-IGG)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๒๑	ANTI-EPSTEIN BARR VIRUS (EBV-IGM)	๑๒	๓๐๐	๓,๖๐๐
๒๒	Anti-Factor Xa *	๒	๖๙๐	๑,๓๘๐
๒๓	ANTI-GBM	๑	๑,๐๐๐	๑,๐๐๐
๒๔	Anti-HAV (IGG)	๔๐	๕๐๐	๒๐,๐๐๐
๒๕	Anti-HAV (IGM)	๔๐	๔๐๐	๑๖,๐๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๒๖	Anti-HBC (IGG)	๑๒	๒๐๐	๒,๔๐๐
๒๗	Anti-HBC (IGM)	๑๒	๓๐๐	๓,๖๐๐
๒๘	Anti-HBE	๑๒	๓๐๐	๓,๖๐๐
๒๙	Anti-HEV IgG	๒	๓๐๐	๖๐๐
๓๐	Anti-HEV IgM	๒	๓๐๐	๖๐๐
๓๑	Anti-Inter gamma (IFN gamma)	๒	๒,๓๐๐	๔,๖๐๐
๓๒	ANTI-LA(SS-B)	๒๔	๔๐๐	๙,๖๐๐
๓๓	ANTI-MITOCHONDIAL ANTIBODY (AMA)	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๓๔	ANTI-MPO/P-ANCA	๑๒	๕๕๐	๖,๖๐๐
๓๕	Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein (Anti-MOG) *	๒	๑,๘๗๕	๓,๗๕๐
๓๖	Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies (ANCA)	๑๒	๓๖๐	๔,๓๒๐
๓๗	ANTI-nRNP	๒	๙๐๐	๑,๘๐๐
๓๘	ANTI-PR๓ /C-ANCAL	๑๒	๕๕๐	๖,๖๐๐
๓๙	ANTI-RO(SS-A)	๒๔	๔๐๐	๙,๖๐๐
๔๐	ANTI-SCL ๗๐	๕๔	๑๑๐	๕,๙๔๐
๔๑	ANTI-SMITH	๑๐	๒๗๐	๒,๗๐๐
๔๒	ANTI-SMOOTH MUSCLE ANTIBODY(ASMA)	๑๒	๓๐๐	๓,๖๐๐
๔๓	Anti-Tg (Thyroglobulin Ab)	๒๔	๒๐๐	๔,๘๐๐
๔๔	ANTI-THROMBIN III	๔๐	๓๐๐	๑๒,๐๐๐
๔๕	ANTI-TPO	๒๔	๒๐๐	๔,๘๐๐
๔๖	Anti-TSH (Receptor)	๑๒	๑,๐๐๐	๑๒,๐๐๐
๔๗	ASO	๑๐	๑๑๐	๑,๑๐๐
๔๘	B-๒ MICROGLOBULIN	๒	๔๘๐	๙๖๐
๔๙	BARBITURATE	๒	๔๕๐	๙๐๐
๕๐	Bence Jones Protein	๒	๕๐	๑๐๐
๕๑	BENZADIAZEPINE	๒	๓๕๐	๗๐๐
๕๒	BENZENE(BLOOD)	๒	๒๕๐	๕๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๕๓	Beta ๒ Glycoprotein ๑ IgA	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๕๔	Beta ๒ Glycoprotein ๑ IgG	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๕๕	Beta ๒ Glycoprotein ๑ IgM	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๕๖	BLOOD LACTATE	๒	๑๕๐	๓๐๐
๕๗	Brucella Antibody (RAMA)	๒	๑๐๐	๒๐๐
๕๘	C๓ LEVEL	๗๐	๒๕๐	๑๗,๕๐๐
๕๙	C๔ LEVEL	๗๐	๓๐๐	๒๑,๐๐๐
๖๐	CA ๑๕-๓*	๒	๖๐๐	๑,๒๐๐
๖๑	CADMIUM	๒	๓๘๐	๗๖๐
๖๒	CALCITONIN	๒	๕๐๐	๑,๐๐๐
๖๓	CARBAMAZEPINE LEVEL	๒	๓๐๐	๖๐๐
๖๔	Carcinoembryonic Antigen (CEA) (BGH)	๒	๒๘๐	๕๖๐
๖๕	CERULOPLASMIN	๒๔	๓๖๐	๘,๖๔๐
๖๖	CH ๕๐	๒๐	๑๕๐	๓,๐๐๐
๖๗	CHIKUNGUNYA ANTIBODY (IGG/IGM)	๒	๒๕๐	๕๐๐
๖๘	CHLOROFORM	๒	๓๐๐	๖๐๐
๖๙	CHROMIUM(BLOOD)	๒	๔๐๐	๘๐๐
๗๐	CHROMIUM(URINE)	๒	๔๐๐	๘๐๐
๗๑	Chromosome analysis in Blood	๒	๑,๘๐๐	๓,๖๐๐
๗๒	CK-MB (BGH)	๑๐	๙๐	๙๐๐
๗๓	CLOSTRIDIUM DEFFICILE TOXIN	๑๒	๕๐๐	๖,๐๐๐
๗๔	CMV IGG	๒๐	๒๕๐	๕,๐๐๐
๗๕	CMV IGM	๒๐	๒๕๐	๕,๐๐๐
๗๖	CMV Viral Load	๓๐	๒,๕๐๐	๗๕,๐๐๐
๗๗	COCAINE	๒	๗๐๐	๑,๔๐๐
๗๘	COLD AGGLUTININ	๒	๒๕๐	๕๐๐
๗๙	COPPER (Blood)	๒	๒๒๐	๔๔๐
๘๐	COPPER (Urine)	๒	๒๒๐	๔๔๐
๘๑	Coxsackie A ANTIBODY *	๒	๑,๒๐๐	๒,๔๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๘๒	Coxsackie B ANTIBODY	๒	๕๐๐	๑,๐๐๐
๘๓	C-PEPTID TEST	๒	๓๕๐	๗๐๐
๘๔	Cryoglobulin*	๒	๔๑๐	๘๒๐
๘๕	CYANIDE (URINE)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๘๖	Cyclosporin level	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๘๗	CYSTICEROSIS AB (SERUM)	๒	๑๒๐	๒๔๐
๘๘	DEPAKIN (VALPROAIC ACID)	๒๐	๓๐๐	๖,๐๐๐
๘๙	DICHOROMETHEN	๒	๑,๒๕๐	๒,๕๐๐
๙๐	DIGOXIN LEVEL	๒	๒๔๐	๔๘๐
๙๑	DILANTIN (PHENYTOIN) LEVEL	๔๐	๓๐๐	๑๒,๐๐๐
๙๒	E. HISTOLYTICA ANTIBODY	๒	๖๐๐	๑,๒๐๐
๙๓	EBV QUALITITIVE RT-PCR	๑	๑,๖๐๐	๑,๖๐๐
๙๔	EBV VIRAL LOAD RT-PCR	๑	๑,๖๐๐	๑,๖๐๐
๙๕	ECHINOCOCCUS ANTIBODY*	๒	๔๐๐	๘๐๐
๙๖	Encephalitis panel (CSF)	๒	๕,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
๙๗	Encephalitis panel (serum)	๒	๕,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
๙๘	Enterovirus ๗๑ Ab	๒	๗๕๐	๑,๕๐๐
๙๙	ENTEROVIRUS PCR	๒	๘๗๐	๑,๗๔๐
๑๐๐	ENTEROVIRUS SCREENING	๒	๓๙๐	๗๘๐
๑๐๑	EPO (ERYTHROPOIETIN)	๑๐	๒๕๐	๒,๕๐๐
๑๐๒	ESTRADIOL	๑๑	๑๗๐	๑,๘๗๐
๑๐๓	Factor assay-Factor IX	๒	๕๒๐	๑,๐๔๐
๑๐๔	Factor assay-Factor V	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๑๐๕	Factor assay-Factor VIII	๒	๘๘๐	๑,๗๖๐
๑๐๖	Factor assay-Factor X	๒	๑๐๐	๒๐๐
๑๐๗	Factor assay-Factor XI	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๑๐๘	Factor VIII inhibitor	๒	๘๘๐	๑,๗๖๐
๑๐๙	Factor XIII Screening	๒	๑๑๐	๒๒๐
๑๑๐	Fetal Hemoglobin stain	๒	๘๐	๑๖๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑๑๑	FIBRINOGEN LEVEL	๒๐	๒๐๐	๔,๐๐๐
๑๑๒	FOLATE	๒	๒๔๐	๔๘๐
๑๑๓	FREE PSA	๒	๔๐๐	๘๐๐
๑๑๔	FSH (Follicle stimulating hormone)	๔๐	๑๓๕	๕,๔๐๐
๑๑๕	FTA-ABS IGG	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๑๖	FTA-ABS IGM	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๑๗	Galactomenan Ag of Aspergillus	๒๐๐	๕๐๐	๑๐๐,๐๐๐
๑๑๘	GNATHOSTOMA ANTIBODY	๒	๔๑๐	๑,๘๒๐
๑๑๙	GROWTH HORMONE	๒	๖๐๐	๑,๒๐๐
๑๒๐	Haptoglobin	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๒๑	HCV GENOTYPE	๑	๒,๘๐๐	๒,๘๐๐
๑๒๒	Helicobacter Pylori Ag screening	๑	๓๐๐	๓๐๐
๑๒๓	HERPES IGG(CSF)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๒๔	HERPES IGG(SERUM)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๒๕	HERPES IGM(CSF)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๒๖	HERPES IGM(SERUM)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๒๗	HOMOCYSTEIN	๒	๔๘๐	๙๖๐
๑๒๘	IGA LEVEL	๒	๓๕๐	๗๐๐
๑๒๙	IgE for Aspergillus fumigatus	๑๐	๘๐๐	๘,๐๐๐
๑๓๐	IGE LEVEL	๒๐	๓๕๐	๗,๐๐๐
๑๓๑	IGG ๔ LEVEL	๒	๘๕๐	๑,๗๐๐
๑๓๒	IGG LEVEL	๔๐	๓๕๐	๑๔,๐๐๐
๑๓๓	IGM LEVEL	๑๐	๓๕๐	๓,๕๐๐
๑๓๔	Immunophenotyping for PNH Clone*	๒	๔,๓๗๕	๘,๗๕๐
๑๓๕	INSULIN LEVEL	๒	๕๐๐	๑,๐๐๐
๑๓๖	INSULIN-IGF๑	๒	๗๒๐	๑,๔๔๐
๑๓๗	IPA (Isopropanal metabolyte)	๒๐	๒๘๐	๕,๖๐๐
๑๓๘	J.E.(PCR)	๒	๘๖๐	๑,๗๒๐
๑๓๙	JAK๒ (GENE MUTATION)	๒	๒,๒๐๐	๔,๔๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑๔๐	JE AB IGG (SERUM/CSF)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๔๑	JE AB IGM (SERUM/CSF)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๔๒	KETONE (SERUM)	๒๐	๑๕๐	๓,๐๐๐
๑๔๓	LATEX MENINGITIDIS (CIE)	๘	๒๕๐	๒,๐๐๐
๑๔๔	LEAD (Blood)	๑๐	๔๐๐	๔,๐๐๐
๑๔๕	Leptospira (MAT)	๒	๑,๗๐๐	๓,๔๐๐
๑๔๖	LH (Lutropin)	๑๐	๑๙๐	๑,๙๐๐
๑๔๗	LIPASE	๓๐	๒๐๐	๖,๐๐๐
๑๔๘	LITHIUM	๒	๓๘๐	๗๖๐
๑๔๙	LUPUS ANTICOAGULANT	๕๐	๓๐๐	๑๕,๐๐๐
๑๕๐	MANGANESE (URINE)	๑๐	๒๒๐	๒,๒๐๐
๑๕๑	MARIJUANA ,Urine	๒	๑๔๕	๒๙๐
๑๕๒	MEASIE IGM (SERUM)	๒	๒๕๐	๕๐๐
๑๕๓	MEASLE IGG (SERUM)	๑๕	๒๕๐	๓,๗๕๐
๑๕๔	MEK (METHYL ETHYL KETON)	๑๕	๒๕๐	๓,๗๕๐
๑๕๕	MELIOIDOSIS ANTIBODY	๑๐๐	๒๐๐	๒๐,๐๐๐
๑๕๖	MEREURY(BLOOD,URINE)	๒	๓๘๐	๗๖๐
๑๕๗	METANEPHRIN, Urine	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๑๕๘	METHANOL IN URINE	๒๐	๒๗๐	๕,๔๐๐
๑๕๙	Methemoglobin level*	๒	๔๐๐	๘๐๐
๑๖๐	MORPHINE	๒	๗๐๐	๑,๔๐๐
๑๖๑	MUMP IGG (SERUM)	๒	๒๕๐	๕๐๐
๑๖๒	MUMP IGM (SERUM)	๒	๒๕๐	๕๐๐
๑๖๓	MYCOPLASMA AB	๑๕	๓๔๐	๕,๑๐๐
๑๖๔	Myositis profile ๑๘ Antibodies*	๑๐	๓,๓๕๐	๓๓,๕๐๐
๑๖๕	NICKEL(URINE)	๒	๓๘๐	๗๖๐
๑๖๖	NMO IGG (ANTI-AQP๔)	๒	๑,๗๐๐	๓,๔๐๐
๑๖๗	OLOGOCLONAL BANDS*	๒	๘๕๐	๑,๗๐๐
๑๖๘	OPIATE	๒	๔๕๐	๙๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑๖๙	PARACETAMMOL (ACETAMINOPHEN LEVEL)	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๑๗๐	PARANEOPLASTIC ANTIBODY	๒	๓,๕๐๐	๗,๐๐๐
๑๗๑	Parvovirus B๑๙ IgG	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๗๒	Parvovirus B๑๙ IgM	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๗๓	PCR FOR HERPES SIMPLEX	๑๕	๑,๔๐๐	๒๑,๐๐๐
๑๗๔	PHENOBARBITAL	๒	๒๔๐	๔๘๐
๑๗๕	PROCALCITONIN	๒	๗๐๐	๑,๔๐๐
๑๗๖	PROGESTERONE	๒	๒๕๐	๕๐๐
๑๗๗	PROLACTIN	๔๐	๓๐๐	๑๒,๐๐๐
๑๗๘	PROTEIN C	๔๐	๗๒๐	๒๘,๘๐๐
๑๗๙	PROTEIN ELECTROPHORESIS	๑๑	๓๕๐	๓,๘๕๐
๑๘๐	PROTIEN S	๔๐	๘๔๐	๓๓,๖๐๐
๑๘๑	RABIES ANTIBODY	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๘๒	RENIN	๒๐	๘๐๐	๑๖,๐๐๐
๑๘๓	RUBELLA IGG(SERUM)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๘๔	RUBELLA IGM(SERUM)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๑๘๕	SCREENING FOR BASIC DRUGS(N-HAXANE)*	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๑๘๖	Serum Free light chain	๒	๒,๒๐๐	๔,๔๐๐
๑๘๗	SHBG (Sex Hormone Binding Globulin)*	๒	๒๘๐	๕๖๐
๑๘๘	Specific IgE Allergy Panel	๒	๔,๕๐๐	๙,๐๐๐
๑๘๙	STERIOD*	๒	๘๐๐	๑,๖๐๐
๑๙๐	STYLENE (MANDELIC ACID)*	๑	๒๗๐	๒๗๐
๑๙๑	T๔	๒	๒๒๐	๔๔๐
๑๙๒	TESTOSTERONE	๑๐	๑๙๐	๑,๙๐๐
๑๙๓	TETANUS (IGG)	๒	๖๐๐	๑,๒๐๐
๑๙๔	Thyroglobulin antigen Level	๒	๔๐๐	๘๐๐
๑๙๕	TIN*	๒	๖๕๐	๑,๓๐๐
๑๙๖	TOLUENE (HIPPURIC ACID)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๑๙๗	TOXOPLASMA IGG (SERUM)	๑๒	๒๕๐	๓,๐๐๐

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวนส่งต่อ ปี	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑๙๘	Toxoplasma IgG titer (CSF)*	๒	๑,๒๕๐	๒,๕๐๐
๑๙๙	TOXOPLASMA IGM (SERUM)	๑๐	๒๕๐	๒,๕๐๐
๒๐๐	TRICHLOROETHYLENE*	๒	๔๕๐	๙๐๐
๒๐๑	Tryptase	๒	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐
๒๐๒	TT (TROMBIN TIME)	๒	๘๐	๑๖๐
๒๐๓	VANCOMYCIN LEVEL	๒	๓๐๐	๖๐๐
๒๐๔	Vanillylmandeic acid (VMA) ,URINE	๔๐	๓๕๐	๑๔,๐๐๐
๒๐๕	VARICELLA ZOSTER IGG (SERUM)	๑๒	๓๐๐	๓,๖๐๐
๒๐๖	VARICELLA ZOSTER IGM (SERUM)	๑๐	๓๐๐	๓,๐๐๐
๒๐๗	VARICELLA ZOSTER PCR (CSF)	๒	๑,๕๐๐	๓,๐๐๐
๒๐๘	VITAMIN B-๑๒ LEVEL	๒๔	๒๔๐	๕,๗๖๐
๒๐๙	Vitamin C (Ascorbic Acid)	๒	๓๐๐	๖๐๐
๒๑๐	VITAMIN D (TOTAL)	๓๐	๙๐๐	๒๗,๐๐๐
๒๑๑	XYLINE (๒,๓ AND ๔-METHYLHIPURIC ACID)	๒	๒๐๐	๔๐๐
๒๑๒	ZINC	๒	๒๒๐	๔๔๐
	ราคารวม			๑,๐๘๑,๐๐๐

แบบขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลลำพูน

ห้องตรวจ.....เบอร์โทร.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลลำพูน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้า นพ./ พญ.....ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีพิเศษ

เป็นกรณี [] OPD Case [] IPD Case ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....

เลขบัตรประชาชน.....การวินิจฉัย.....

สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทองโรงพยาบาล.....ประกันสังคมโรงพยาบาล.....

ต่างด้าวโรงพยาบาล.....อื่นๆ (ระบุสิทธิ).....

ข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาล

[] เพื่อการวินิจฉัย.....ระบุเหตุผล.....

[] เพื่อประเมินก่อนการรักษา (Per-Operative Evaluated).....

[] เพื่อติดตามผลการรักษา.....

[] อื่นๆ

รายการขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาล

(1)รหัส.....ราคา.....

(2)รหัส.....ราคา.....

(3)รหัส.....ราคา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....
(.....)
แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน [] เห็นชอบ [] ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อพิจารณา [] อนุมัติ
[] ไม่อนุมัติ กรณีสิทธิบัตรระบุ รพ. อื่นๆ ให้ส่งกลับ รพ. ตามบัตรส่งตรวจ และนำผลการตรวจ มาตรวจตามนัดที่ รพ.ลำพูน
[] ไม่อนุมัติ.....

.....
(นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

แบบขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง โรงพยาบาลลำพูน

ห้องตรวจ.....เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้า นพ./ พญ.....ขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีพิเศษ

เป็นกรณี [] OPD Case [] IPD Case ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....

เลขบัตรประชาชน.....การวินิจฉัย.....

สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทองโรงพยาบาล.....ประกันสังคมโรงพยาบาล.....

ต่างดาวโรงพยาบาล.....อื่นๆ (ระบุสิทธิ).....

ข้อบ่งชี้ / เหตุผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง

[] เพื่อการวินิจฉัย.....ระบุเหตุผล.....

[] เพื่อประเมินก่อนการรักษา (Per-Operative Evaluated).....

[] เพื่อติดตามผลการรักษา.....

[] อื่นๆ

รายการขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกที่มีมูลค่าสูง

(1)รหัส.....ราคา.....

(2)รหัส.....ราคา.....

(3)รหัส.....ราคา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

(.....)

แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน [] เห็นชอบ [] ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อพิจารณา [] อนุมัติ

[] ไม่อนุมัติ กรณีสิทธิบัตรระบุ รพ. อื่นๆ ให้ส่งกลับ รพ. ตามบัตรส่งตรวจ และนำผลการตรวจ มาตรวจตามนัดที่ รพ.ลำพูน

[] ไม่อนุมัติ.....

.....

(นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)	ข้อบ่งชี้ เหตุผลและความจำเป็น
1	2-5-Hexanedione(Hexane)	400.00	ตรวจหาระดับ Hexane ในร่างกาย
2	Ab for autoimmune encephalitis	3,500.00	เพื่อวินิจฉัย Autoimmune encephalitis, Paraneoplastic syndrome
3	ACETYLCHOLINE RECEPTOR	2,600.00	ทำเพื่อวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเอ็มจี (Myasthenia Gravis (MG)) ที่แตกต่างจากโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงประเภทอื่นๆ
4	Adenosine Deaminase	90.00	ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเอง, โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และ โรค สะเก็ดเงิน ซึ่งจะพบระดับเอนไซม์ของเอนไซม์
5	Aldosterone (Blood)	720.00	เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค Conn's Syndrome, Primary hyperaldosteronism รวมถึงการติดตามการรักษา
6	Allergy screening 45 panel	4,500.00	ตรวจภูมิแพ้ 45 ชนิด (Allergy test 45 allergens)
7	ANCA	360.00	1) Glomerulonephritis with polyangiitis (GPA) (Wegener's granulomatosis) 2) Microscopic polyangiitis 3) Idiopathic necrotizing glomerulonephritis, rapidly progressive glomerulonephritis 4) Necrotizing vasculitides, Ulcerative colitis, Eosinophilic glomerulonephritis with polyangiitis (EPGA) (Churg-Strauss syndrome)
8	Anti CCP IgG	350.00	Rheumatoid arthritis
9	Anti Centromere Antibody	300.00	CREST Syndrome, Systemic sclerosis
10	Anti Dnase B	400.00	Post streptococcal infection or sequelae especially -Rheumatic fever -Acute post streptococcal glomerulonephritis -Other: post streptococcal infection especially skin infections
11	Auto antibodies of Glutamic Acid Decarboxylase	4,000.00	เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ชนิด immune mediated
12	Anti Glomerular Basement Membrane (anti GBM)	10,000.00	Goodpasture's syndrome
13	Anti Hepatitis A Virus IgG	180.00	เพื่อวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบ A
14	Anti LA (Anti-SSB)	300.00	1) Photosensitivity 2) Neonatal lupus erythematosus และ มารดา ของผู้ป่วย 3) Sjogren syndrome 4) SLE ที่ ANA ให้ผลลบ
15	Anti Mitochondrial Antibody(AMA)	300.00	Primary biliary cirrhosis
16	Anti RO (Anti-SSA)	200.00	1) Photosensitivity 2) Neonatal lupus erythematosus และ มารดา ของผู้ป่วย 3) Sjogren syndrome 4) SLE ที่ ANA ให้ผลลบ
17	Anti SCL 70	110.00	: Scleroderma
18	Anti Smith Antibody	270.00	Systemic lupus erythematosus (SLE)
19	Anti Smooth Muscle Antibody (ASM)	300.00	Autoimmune hepatitis
20	Anticardiolipin Antibody (IgA)	400.00	1) Antiphospholipid syndrome 2) Systemic lupus erythematosus (SLE)
21	Anticardiolipin Antibody (IgG)	240.00	1) Antiphospholipid syndrome 2) Systemic lupus erythematosus (SLE)

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)	ข้อบ่งชี้ เหตุผลและความจำเป็น
22	Anticardiolipin Antibody (IgM)	250.00	1) Antiphospholipid syndrome 2) Systemic lupus erythematosus (SLE)
23	Anti-dsDNA	210.00	Systemic lupus erythematosus
24	Anti-Factor Xa for Enoxaparin	690.00	ประเมินระดับของยาในผู้ป่วยที่ได้รับ unfractionated heparin, low molecular weight heparin (LMWH) หรือ Enoxaparin
25	ANTI-HISTONE ANTIBODY	1,000.00	ตรวจหากลุ่มแอนติบอดีต่อโปรตีนซึ่งเป็นเบสในนิวเคลียส เช่น แอนติบอดีต่อโปรตีนฮิสโตน (histone protein) ซึ่งเป็นโปรตีนที่เกี่ยวข้องในการยัดยัดสายเกลียวของคู่ DNA
26	Anti-IFN (Interferon)-Gamma Autoantibody	2,300.00	ใช้ช่วยวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องอันเนื่องมาจากร่างกายผู้ป่วยสร้างแอนติบอดีต่อ IFN- γ ของตนเอง (anti-IFN-gamma autoantibody) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic pathogens) ในกลุ่ม nontuberculous mycobacteria (NTM) และการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราบางชนิด เช่น Salmonella, Cryptococcus, Penicillium and Histoplasma species
27	Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein (Anti-	1,875.00	ใช้ช่วยวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่ม demyelinating diseases
28	Anti-spike (covid 19 IgG)	300.00	การตรวจวัดระดับภูมิ และความต้านทานการติดเชื้อ หลังฉีดวัคซีนโควิด-19
29	Antithrombin III	300.00	ผู้ป่วยที่มีภาวะ venous thromboembolism ที่สงสัยว่าจะมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม
30	ASO (Anti-Streptolysin O Titre)	110.00	Post-streptococcal infections or sequelae especially 1) Rheumatic fever 2) Acute poststreptococcal glomerulonephritis
31	Autoimmune encephalopathy	4,000.00	โรคสมองอักเสบจากภาวะแพ้ภูมิต้านทานต่อตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ
32	Beta 2 Glycoprotein 1 (IgG,IgM,IgA)	800.00	1.) Antiphospholipid syndrome 2.) Systemic lupus erythematosus (SLE)
33	C difficile toxin	500.00	Clostridium difficile เชื้อก่อโรค
34	c-ANCA /Anti-PR3	550.00	1) Wegener's granulomatosis 2) Microscopic polyangiitis 3) Idiopathic necrotizing glomerulonephritis, rapidly progressive glomerulonephritis 4) Necrotizing vasculitides, Churg-Strauss syndrome, Ulcerative colitis
35	Ceruloplasmin	200.00	: Wilson's disease
36	CH50 (Hemolytic Complement)(Rama)	150.00	การตรวจหาระดับคอมพลีเมนต์
37	Chromosome analysis in Blood (non-leukemia)	1,800.00	ผู้ป่วยที่ต้องการยืนยันเพศ
38	CMV Viral Load [BML]	2,400.00	ตรวจหาปริมาณ CMV DNA ในกระแสเลือด
39	Complement C3 (B1C)	150.00	ใช้ร่วมวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคที่มีความผิดปกติในการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ ใช้ร่วมวินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติในการ

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)	ข้อบ่งชี้ เหตุผลและความจำเป็น
40	Complement C4	150.00	ใช้ร่วมวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคที่มีความผิดปกติในการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ ใช้ร่วมวินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติในการสร้างคอมพลีเมนต์
41	Coxsackie A Ab	1,200.00	โรค มือ เท้า ปาก เกิดจากเชื้อไวรัส เอนเทอโร
42	E histolytica Antibody	600.00	เพื่อการวินิจฉัยโรค amoebiasis
43	ECHINOCOCCUS ANTIBODY	400.00	โรคปรสิตหลายโรคเกิดจากปรสิตบุกรุกเนื้อเยื่อ ทำให้ไม่สามารถตรวจหาเชื้อได้โดยตรง หรือตรวจยาก จึงต้องอาศัยการตรวจหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้น เป็นตัวช่วยวินิจฉัย เช่น โรคพยาธิตัวจิ๊ด เป็นต้น
44	Erythropoietin	250.00	ใช้ในการรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแล้ว
45	Estradiol (E2)	170.00	ช่วยในการวินิจฉัย fertility disorders in the hypothalamus-pituitary-gonad axis, gynecomastia, estrogenproducing ovarian and testicular tumors, hyperplasia of adrenal cortex และช่วยติดตามการรักษาภาวะมีบุตรยากและระบุช่วงเวลาการตกไข่ (ovulation) ในการท 1 in vitro fertilization (IVF)
46	Ethanol หรือ Ethyl alcohol IN URINE	270.00	ตรวจหาระดับ เอทานอล (ethanol) หรือ เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) ในปัสสาวะ
47	Fibrinogen Level	150.00	1) ภาวะที่ทำให้มีการต่ำของระดับ fibrinogen 2) Monitoring of thrombolytic therapy
48	Folate (Serum)	240.00	ประเมินภาวะขาด folate
49	Follicle Stimulating Hormone (FSH)	135.00	ช่วยในการประเมินภาวะ dysfunctions within the hypothalamus-pituitary-gonad system, menstrual cycle abnormalities , ภาวะ infertility menopause syndrom
50	Free Light Chain	2,200.00	ใช้ร่วมวินิจฉัยและติดตามการรักษา monoclonal gammopathy เช่น multiple myeloma
51	Fungus Culture	870.00	วินิจฉัยการติดเชื้อ Fungus
52	Galactomannan Antigen of Aspergillus	450.00	ใช้วินิจฉัย Invasive Aspergillosis
53	Hepatitis B Core Antibody (HBcAb,Anti-HBc)	150.00	ภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อไวรัสตับอักเสบบี บอถึงการเคยติดเชื้อไวรัสบี
54	Herpes Simplex Virus (HSV) PCR	950.00	เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ เชื้อไวรัส HSV-1 หรือ HSV-2

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)	ข้อบ่งชี้ เหตุผลและความจำเป็น
55	IgE (Immunoglobulin E (Immunoglobulin G)) Level	300.00	1) วินิจฉัยและติดตามความเข้มข้นของ Circulating Allergen Specific IgE ใน Serum หรือ Plasma ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ 2) ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ที่ไม่สามารถรับประทานยาที่มีฤทธิ์ Anti-histamine 3) ผู้ป่วยภูมิแพ้ทุกกลุ่มอายุ (ผลการตรวจไม่แปรตามอายุผู้ป่วย) 4) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนเกรงว่าการทดสอบ in vivo test จะเป็นอันตรายได้ 5) ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถทำ in vivo test ได้ เช่น ผู้ป่วย Dermatitis, สตรีมีครรภ์
56	Inhibin A	1,000.00	เพื่อค้นหาเด็กพิการแต่กำเนิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์
57	Inhibin B	1,000.00	เพื่อค้นหาเด็กพิการแต่กำเนิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์
58	JAK2 V617F mutation by Real-time PCR	2,000.00	เพื่อวินิจฉัยโรคทางโลหิตวิทยา ในกลุ่ม MPNs
59	kidney needle biopsy with IF and EM	6,500.00	เพื่อวินิจฉัยสาเหตุของภาวะ 1.Nephritonephrotic 2.Acute kidney injury
60	Lupus-Like Anticoagulant	250.00	1) ผู้ป่วยที่สงสัย antiphospholipid syndrome 2) ตรวจหา antiphospholipid antibody ในผู้ป่วย SLE 3) หาสาเหตุของการที่มี APTT นานผิดปกติ ที่สงสัยว่าจะเป็นจาก inhibitor
61	Measles Virus IgG	250.00	เพื่อวินิจฉัยโรคหัดเยอรมัน
62	Melioidosis (Total Antibody)	70.00	ตรวจวินิจฉัยโรคmelioidosis
63	Meningitis panel(PCR)	4,000.00	การทดสอบใน panel เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และรา ดังนี้ แบคทีเรีย: Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae, S. Pneumoniae ไวรัส: Cytomegalovirus, Enterovirus, Herpes simplex virus 1, 2, Human herpes virus 6, Human parechovirus, Varicella zoster virus รา: Cryptococcus neoformans/gattii
64	Metanephrines	900.00	เพื่อวินิจฉัยภาวะ pheochromocytoma
65	Methemoglobin level	400.00	เพื่อวินิจฉัยภาวะที่กระแสโลหิตมีความระดับเข้มข้น ของเมทฮีโมโกลบิน (methemoglobin) มากกว่าปกติ
66	Microsomal Ab (Thyroid peroxidase Ab) (Anti TPO)	200.00	Hashimoto's thyroiditis , Autoimmune thyroiditis
67	MUMPS Virus IgG	500.00	ตรวจภูมิ โรคคางทูม
68	p-ANCA /Anti-MPO	550.00	1) Glomerulonephritis with polyangiitis (GPA) (Wegener's granulomatosis) 2) Microscopic polyangiitis 3) Idiopathic necrotizing glomerulonephritis, rapidly progressive glomerulonephritis 4) Necrotizing vasculitides, Ulcerative colitis, Eosinophilic glomerulonephritis with polyangiitis (EPGA) (Churg-Strauss syndrome)

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)	ข้อบ่งชี้ เหตุผลและความจำเป็น
69	Plasma Renin Activity	800.00	เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค Conn's Syndrome, Primary hyperaldosteronism
70	Rickettsia antibody	1,125.00	เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคโรคสครับไทฟัส
71	Testosterone	190.00	ช่วยในการประเมิน impotency and infertility ในเพศชาย และ ประเมิน ovarian tumors, hirsutism, androgenic syndrome and infertility ในเพศหญิง
72	Thyroglobulin Antibody	200.00	Differentiated thyroid carcinoma, Autoimmune thyroid diseases
73	TSH Receptor Antibody	700.00	Grave's disease (Diagnosis and monitoring)
74	Urine Protein Electrophoresis	900.00	ใช้ตรวจกรองและร่วมวินิจฉัยภาวะ monoclonal gammopathy เช่น multiple myeloma
75	Valproic Acid (Depakine)	200.00	ใช้ตรวจกรองและร่วมวินิจฉัยภาวะ monoclonal gammopathy เช่น multiple myeloma
76	Vancomycin (P&T)	200.00	การตรวจหาระดับยา Vancomycin ใน Serum หรือ Plasma ของ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Vancomycin เพื่อใช้ในการติดตาม การรักษาของ แพทย์
77	Varicella Zoster IgG	300.00	ตรวจหาภูมิคุ้มกันอีสุกอีใส Varicella Zoster
78	Vitamin B12	240.00	เพื่อตรวจวินิจฉัยการขาดวิตามินบี 12
79	VMA	350.00	เพื่อวินิจฉัยโรคเนื้องอกโรคเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) pheochromocytoma