

แบบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เลขประจำตัว (13 หลัก).....

HN.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ป่วยเป็นโรค: ☐ Epilepsy ☐ Schizophrenia ☐ Trigeminal neuralgia ☐ Neuropathic pain ☐ Gout

☐ Hyperuricemia ☐ HIV/AIDS ☐ TB

☐ อื่นๆ (ระบุ)

ประวัติแพ้ยา: ☐ ไม่มี เป็นการตรวจคัดกรองก่อนเริ่มยา ☐ Allopurinol ☐ Carbamazepine/Oxcarbazepine

☐ Abacavir ☐ Isoniazid (INH)

☐ PEG-Interferon- α -Based Regimens

☐ มี ระบุชื่อยา.....วันที่เริ่มแพ้.....อาการแพ้.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

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 และ Oxcarbazepine

☐ HLA-B*58:01 สำหรับ SJS/TEN/DHS จากยา Allopurinol

☐ HLA-B*57:01 สำหรับ Hypersensitivity จากยา Abacavir

☐ NAT2-diplotype สำหรับ Hepatitis จากยา Isoniazid (INH)

การเก็บและจัดส่งตัวอย่าง

☐ ตัวอย่างเลือด ☐ เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เก็บเมื่อ.....

วันที่ส่งตัวอย่าง.....ภาวะการขนส่ง ☐ อุณหภูมิห้อง ☐ น้ำแข็ง

วิธีการส่ง ☐ เครื่องบิน ☐ รถทัวร์ ☐ บริษัทรับขนส่ง ☐ ส่งโดยตรงที่ศูนย์วิทยาฯ ☐ ไปรษณีย์ด่วน EMS

ลงชื่อ.....ผู้เก็บตัวอย่าง

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ชื่อและที่อยู่สำหรับการส่งรายงานผล

ชื่อ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ที่อยู่.....

E-mail ห้องปฏิบัติการ.....