

	แบบส่งตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	FR-QP-HMT-22/01 แก้ไขครั้งที่ 03 วันที่ประกาศใช้ 9 ธ.ค.67
---	---	--

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 วันที่ส่งสิ่งส่งตรวจ..... จำนวนส่งตรวจราย

1. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....
 ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
☐ PCR for Alpha thalassemia - 1
☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....

2. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....
 ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
☐ PCR for Alpha thalassemia - 1
☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....

3. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....
 ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
☐ PCR for Alpha thalassemia - 1
☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....

4. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....
 ส่งตรวจ ☐ Hb typing ประวัติการรับเลือด ☐ ไม่ได้รับเลือด ☐ ได้รับเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
☐ PCR for Alpha thalassemia - 1
☐ PCR for Alpha thalassemia - 2 ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....ผู้ส่งตรวจ.....โทรศัพท์.....

(เอกสารหมายเลข 1)