

	แบบฟอร์มการส่งตรวจเพื่อกำหนดความเสี่ยงโครงการควบคุมและ ป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ หน่วยวิจัยธาลัสซีเมีย ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	FR-QP-HMT-22/02 แก้ไขครั้งที่ 03 วันที่ประกาศใช้ 9 ธ.ค. 67
--	--	---

โรงพยาบาลผู้ส่งตรวจ..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 จำนวน..... ตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ.....

คู่ที่	ชื่อ-นามสกุล	HN	อายุ	อายุครรภ์	ประวัติการให้เลือด	วันที่เจาะเลือด	ผลการตรวจ		รายการที่ส่งตรวจ		
							Screening Test		Hb typing	Alpha thal-1	Beta mutation
							OF/MCV/MCH	DCIP			
	ภรรยา:				☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....						
	เลขบัตร										
	สามี:										
	เลขบัตร										
	ภรรยา:				☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....						
	เลขบัตร										
	สามี:										
	เลขบัตร										
	ภรรยา:				☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....						
	เลขบัตร										
	สามี:										
	เลขบัตร										
	ภรรยา:				☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....						
	เลขบัตร										
	สามี:										
	เลขบัตร										
	ภรรยา:				☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....						
	เลขบัตร										
	สามี:										
	เลขบัตร										

1. ควรรายงานผลการตรวจคัดกรองและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรายงานผล
2. กรุณากรอกชื่อ-นามสกุลและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อประโยชน์ในการเบิกค่าตรวจจาก สปสช.
3. บันทึกการส่งตรวจผ่านทางโปรแกรมของ สปสช. หากไม่บันทึกการเบิกค่าตรวจจะเบิกจากโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบการส่งตรวจ.....โทรศัพท์.....
 ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก 99 หมู่ 9 อาคารสิริธร ชั้น 3 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
 โทร 055-965058, 055-965020 แฟกซ์ 055-965021 อีเมล Thalassemia.nu@nu.ac.th