	แบบฟอร์มส่งตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดคู่เสี่ยงที่อาจให้บุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง **โครงการควบคุมและการป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์** **ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา** **โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร**	**FR-QP-HMT-22/03** **แก้ไขครั้งที่ 02** **วันที่ประกาศใช้ 9 ธ.ค.67**

โรงพยาบาล..............................อำเภอ....................จังหวัด.......................โทรศัพท์.....................โทรสาร........................

วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ วันที่..............................เดือน...พ.ศ...

ภรรยา ชื่อ..อายุ............ปี อายุครรภ์...............สัปดาห์ HN......................

เลขบัตรประชาชน ☐- ☐ ☐ ☐ ☐- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐- ☐ ☐ -☐ (กรุณากรอกให้ครบถ้วน)

สามี ชื่อ... อายุ..........ปี HN.....................**.............**

เลขบัตรประชาชน ☐- ☐ ☐ ☐ ☐- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐- ☐ ☐ -☐ (กรุณากรอกให้ครบถ้วน)

เป็นคู่เสี่ยงชนิด...

ผลการตรวจเลือดภรรยา

OF ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

Hb E Screening ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

PCR For Alpha Thal-1 ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

% Hb A2 /Hb E ....

DX...

ผลการตรวจเลือดสามี

OF ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

Hb E Screening ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

PCR For Alpha Thal-1 ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

% Hb A2 /Hb E ....

DX...

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ☐ Fetal blood

☐ Amniotic Fluid (อย่างน้อย 10 ml)

*****หมายเหตุ - ส่งพร้อมตัวอย่างเลือดภรรยา และสามีทุกครั้ง**

- พร้อมแนบสำเนาผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียทุกครั้ง

แพทย์ผู้ส่งตรวจ...

ผู้ส่งตรวจ... วันที่ส่งสิ่งส่งตรวจ...............................โทรศัพท์...

(เอกสารหมายเลข 3)