

ใบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์
ศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 ต่อ98095-6 โทรสาร 0-2965-9757

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล..... H.N..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ป่วยเป็นโรค 1. Epilepsy 2. Schizophrenia 3. Trigeminal neuralgia 4. Neuopathic pain

5. Gout 6. Hyperuricemia 7. HIV/AIDS 8. TB

9. อื่นๆ

ประวัติแพ้ยา ไม่มี เป็นการตรวจคัดกรองการแพ้ยา Allopurinol Carbamazepine/Oxcarbazepine

Abacavir Isoniazid (INH)

มี ระบุชื่อยา..... วันที่เริ่มแพ้ยา..... อาการแพ้ยา.....

ข้อมูลของหน่วยงาน / โรงพยาบาล / สถานพยาบาล

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... หน่วยงาน / โรงพยาบาล

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ส่งตัวอย่างตรวจ

HLA-B* 15:02 allele สำหรับ SJS/TEN จากยา Carbamazepine and Oxcarbazepine

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

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

NAT2 diplotyping สำหรับ Hepatitis จากยา Isoniazid (INH)

การเก็บและจัดส่งตัวอย่าง

ตัวอย่างเลือด ดีเอ็นเอ เชื้อบุงกระพุงแก้ว เก็บเมื่อ.....

วันที่ส่งตัวอย่าง..... ภาวะการขนส่ง อุณหภูมิห้อง น้ำแข็ง

วิธีการส่ง เครื่องบิน รถทัวร์ บริษัทรับขนส่ง ส่งโดยตรงที่กรมวิทย์ฯ ไปรษณีย์ด่วน EMS

ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการทราบผล

ชื่อ..... ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเป็นผู้กรอกเท่านั้น

รับตัวอย่าง รับตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข(ระบุ) ปฏิเสธตัวอย่าง(ระบุ)

ข้อมูลใบนำส่งไม่ครบถ้วน หลอดตัวอย่างแตก เสียหาย

ปริมาตรตัวอย่างน้อยกว่า 1.0 มล. ไม่มีฉลากบ่งชี้หลอดตัวอย่าง

รหัสตัวอย่างบนหลอดเลือด ไม่ใส่สารกันเลือดแข็งหรือเลือดแข็งตัว

และใบนำส่งไม่ตรงกัน ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin

ตัวอย่างเน่าเสีย

อื่นๆ ระบุ.....

ผู้รับตัวอย่าง..... วันเดือนปี...../...../..... เวลา.....

การให้บริการตรวจของศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์
สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.รายการทดสอบที่ให้บริการ

- 1.1 การตรวจเอชแอลเอบี 15:02 อัลลีล (*HLA-B*15:02 allele*) ด้วยปฏิกิริยาพีซีอาร์
- 1.2 การตรวจเอชแอลเอบี 57:01 อัลลีล (*HLA-B*57:01 allele*) ด้วยปฏิกิริยาพีซีอาร์
- 1.3 การตรวจเอชแอลเอบี 58:01 อัลลีล (*HLA-B*58:01 allele*) ด้วยปฏิกิริยาพีซีอาร์
- 1.4 การตรวจแนททู-ไดโพลไทป์ (*NAT2-diplotype*) ด้วยปฏิกิริยาพีซีอาร์

2.ข้อบ่งชี้การส่งตรวจ: ในการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่จะเริ่มรับยา หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาและเกิดอาการแพ้ยา

3.การเตรียมผู้ป่วย: ไม่มี

4.สิ่งส่งตรวจและข้อควรระวัง:

- 4.1 ตัวอย่างเลือด เก็บในหลอดเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA อย่างน้อย 1 มิลลิลิตร หรือ
- 4.2 เชื้อนุกระฟุ้งแก้ว ใช้ Cytology Brush ชุดกระฟุ้งแก้ว ข้างละ 10 ครั้ง 2 ข้าง รวม 20 ครั้งนำ Cytology Brush ใส่ลงใน tube 1.5 ml ปิดฝา (ตัดปลายของไม้ Brush ทิ้ง)
- 4.3 เก็บรักษาตัวอย่างไว้ที่ 4-8 องศาเซลเซียส และนำส่งถึงศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์ภายใน 15 วัน

5. การส่งถึงส่งตรวจและข้อควรระวัง:

- 5.1 กรณีส่งด้วยตัวเองให้นำหลอดตัวอย่างใส่ลงในซองซิปล็อค และใส่ในกล่องโฟมหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด พร้อมกรอกข้อมูลในใบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ให้ครบถ้วน นำส่งที่อาคาร 10 ชั้น 7 ศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยให้ติดต่อกับ หมายเลข 0-2951-0000 ต่อ 98095-6 หรือ ติดต่อคุณวิมาลา เบอร์ 085-058-6836
- 5.2 กรณีส่งตัวอย่างทางไปรษณีย์ให้ส่งทางไปรษณีย์ด่วน (EMS) เท่านั้น โดยนำหลอดตัวอย่างใส่ลงในซองซิปล็อค และห่อด้วยวัสดุกันกระแทกหรือใส่ช่องกันกระแทก พร้อมใบนำส่งตัวอย่าง ส่งที่ศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 ต่อ 98095-6 โทรสาร 0-2965-9757

6.วันเวลาทำการตรวจ: วัน-เวลาราชการ จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30 ถึง 16.30 น.

7.ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์: 5 วันทำการ

8.การรายงานผล: - มี/ไม่มี *HLA-B*15:02* อัลลีล, มี/ไม่มี *HLA-B*57:01* อัลลีล, มี/ไม่มี *HLA-B*58:01* อัลลีล
- *NAT2-diplotype* และการแปลผลชนิด Acetylator

9.ค่าตรวจวิเคราะห์: รายการทดสอบละ 1,000 บาท/ตัวอย่าง

10.วิธีวิเคราะห์: วิธี Multiplex Allele-Specific PCR หรือ Multiplex Haplotype-Specific PCR

11.สิ่งรบกวนต่อการวิเคราะห์: ไม่มี

12.ระยะเวลาที่สามารถขอเพิ่มรายการทดสอบได้: 12 เดือน

13.เกณฑ์ในการปฏิเสธตัวอย่าง

- หลอดใส่ตัวอย่างแตก เสียหาย
- ไม่มีฉลากบ่งชี้ที่หลอดตัวอย่าง
- เลือดที่ไม่ได้ใส่สารกันเลือดแข็ง หรือเลือดแข็งตัว
- ตัวอย่างที่ใช้สารกันเลือดแข็งชนิด Heparin
- ตัวอย่างเน่าเสีย