

**การรายงานผล**

ห้องปฏิบัติการฯ จะรายงานผลการตรวจทางตจวิทยาภูมิคุ้มกัน ทุกวันศุกร์

**กรณีต้องการผลด่วน** โปรดระบุในใบส่งตรวจของห้องปฏิบัติการฯ และกรอกใบแจ้งความจำนงการขอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วน ห้องปฏิบัติการจะรายงานผลภายใน 3 วันทำการ

**การรายงานผลทางโทรสาร (Fax)**

ห้องปฏิบัติการฯ ไม่มีนโยบายรายงานผลทางโทรสาร แต่ในกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือมีปัญหาในการเดินทางมารับรายงานผล ให้ผู้รับบริการภายนอกโรงพยาบาลดำเนินการดังนี้

1. แจ้งความจำนงเบื้องต้นเป็นหลักฐานเพื่อลงบันทึกข้อมูลไว้
2. ในแต่ละครั้งที่ต้องการให้ดำเนินการรายงานผลทางโทรสาร ผู้ร้องขอกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนในแบบฟอร์มการขอให้ส่งมอบใบรายงานผลทางโทรสาร (ห้องปฏิบัติการฯ จะจัดส่งแบบฟอร์มไปให้ทางโทรสารหลังได้รับการแจ้งความประสงค์)
3. ผู้ร้องขอส่งเอกสารแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว และสำเนาหลักฐานแสดงตนของผู้ที่จะรับมอบใบรายงานผล (บัตรประชาชน, บัตรประจำตัวที่หน่วยงานออกให้ หรือใบขับขี่)
4. เมื่อทางห้องปฏิบัติการฯ จัดเตรียมใบรายงานผล และทวนสอบหลักฐานเรียบร้อยแล้วจะโทรศัพท์ติดต่อกลับไปอีกครั้งเพื่อยืนยันการขอรับมอบใบรายงานผลทางโทรสารที่ร้องขอ และแจ้งกำหนดส่ง หลังจากนั้นจึงดำเนินการส่ง



**อาจารย์ประจำห้องปฏิบัติการตจวิทยาภูมิคุ้มกัน**

1. ศ.พญ.กนกวลัย กุลหนันท์
2. รศ.พญ.ปภาพิศ ตูจินดา
3. รศ.พญ.สิริมา จุฬาโรจน์มนตรี
4. อ.พญ.ชุตติ รุจิธารณวงศ์

**เจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการตจวิทยาภูมิคุ้มกัน**

1. นายสำราญ ปิ่นแก้ว
2. นางสาวณัฐชา จันทร์แจ่มศรี
3. นางสาวศศิภาส นุตวงษ์
4. นางสาวปรียานารถ สดาก

**อัตราค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ**

**โรงพยาบาลรัฐบาล**

DIF for skin tissue	825 บาท
Pemphigus & BP antibodies	605 บาท
IgA anti-BMZ antibodies	605 บาท
Paraneoplastic pemphigus	605 บาท
Herpes gestationis factor	605 บาท

**โรงพยาบาลเอกชน**

DIF for skin tissue	860 บาท
Pemphigus & BP antibodies	660 บาท
IgA anti-BMZ antibodies	660 บาท
Paraneoplastic pemphigus	660 บาท
Herpes gestationis factor	660 บาท

**สถานที่ และเวลาในการนำส่งสิ่งส่งตรวจ**

**ห้องปฏิบัติการตจวิทยาภูมิคุ้มกัน ภาควิชาตจวิทยา**

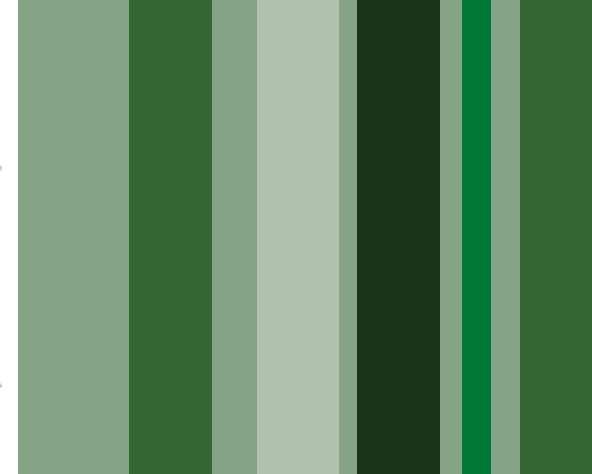
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 ห้อง 927  
 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย  
 กรุงเทพฯ 10700  
 หมายเลขโทรศัพท์ 02-419-4314 ต่อ 0  
 แฟกซ์: 02-411-5031

สามารถนำส่งได้ในวันและเวลาราชการ (จันทร์-ศุกร์) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

ภาควิชาตจวิทยา  
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้องปฏิบัติการตจวิทยาภูมิคุ้มกัน

ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15189: 2012



# ห้องปฏิบัติการตรวจวิทยาภูมิคุ้มกัน

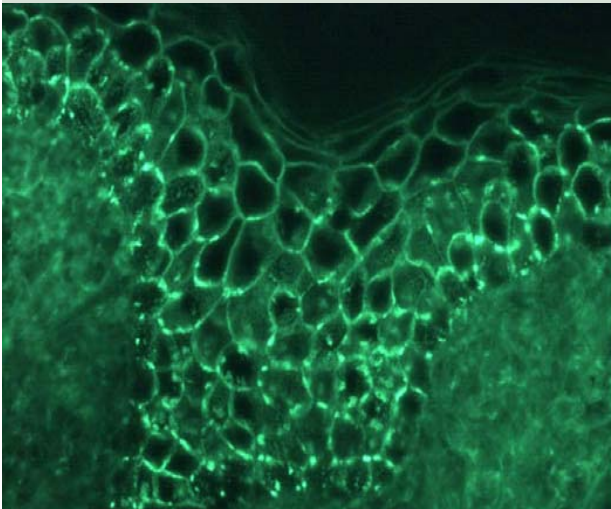
ภาควิชาตจวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มีการทดสอบที่ให้บริการ ดังนี้

1. \*\*Direct Immunofluorescence for skin tissue
2. \*\*Pemphigus antibodies
3. \*\*Bullous pemphigoid (BP) antibodies
4. \*\*IgA anti-basement membrane zone (BMZ) antibodies
5. Paraneoplastic pemphigus (PNP)
6. Herpes gestationis (HG) factor

\*\* การทดสอบที่ได้การรับรองมาตรฐาน ISO 15189: 2012



ภาควิชาตจวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



## วิธีการนำส่ง specimen

### 1. ชิ้นเนื้อ สามารถนำส่งได้ 2 วิธี

1. นำชิ้นเนื้อใส่ cryotube สำหรับ immunologic study หรือขวดแก้ว sterile ถ้าชิ้นเนื้อขนาดเล็ก อาจแช่แข็งขวดหรือหลอด แนะนำให้ใส่ NSS ลงไปเล็กน้อยให้ท่วมชิ้นเนื้อ หรือห่อด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำ NSS และใส่ในถุงพลาสติก มัดปากถุงอีกชั้น ให้แน่น แช่เย็นที่อุณหภูมิ 2-8°C ตลอดหลังจากการตัดชิ้นเนื้อ นำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 6 ชั่วโมง โดยแช่น้ำแข็งขณะนำส่ง

**\*\*\*ห้ามแช่ชิ้นเนื้อในน้ำยาฟอร์มาลิน\*\*\***

2. นำชิ้นเนื้อใส่ขวด/หลอดที่บรรจุน้ำยา modified Michel's transport medium (สีเขียว) (ปริมาณควรมากกว่า 10 เท่าของขนาดชิ้นเนื้อ) นำส่งภายใน 7 วัน โดยไม่จำเป็นต้องแช่น้ำแข็งขณะนำส่ง แต่ถ้ายังไม่นำส่งทันทีให้แช่ตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2-8 °C

### 2. เลือด

เจาะเลือดใส่ tube (clotted blood) ประมาณ 5 มล. ควรนำส่งห้องปฏิบัติการ ภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากเก็บสิ่งส่งตรวจ ถ้าไม่สามารถนำส่งได้ภายใน 6 ชั่วโมง ต้องแช่ตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8°C หรือถ้าต้องเก็บไว้เกิน 24 ชั่วโมง ควรปั่นแยกเป็นซีรัม และเก็บหลอดซีรัมไว้ในตู้เย็นช่องแช่แข็ง หรือแช่แข็งที่อุณหภูมิ -20 °C นำส่งห้องปฏิบัติการ โดยแช่น้ำแข็ง หรือน้ำแข็งแห้งขณะนำส่ง

### หมายเหตุ :

- การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้นอาจมีผลกระทบต่อความถูกต้องของผลการทดสอบได้
- น้ำยา modified Michel's transport medium ติดต่อขอรับได้ฟรีจากห้องปฏิบัติการตรวจวิทยาภูมิคุ้มกัน (ไม่รวมค่าจัดส่ง) น้ำยาดังกล่าวมีอายุการใช้งาน 6 เดือน

- การนำส่งสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงานต้นทางสู่ห้องปฏิบัติการฯ ควรนำส่งในกล่องโฟมหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และวางหลอดเก็บสิ่งส่งตรวจในแนวตั้งเพื่อป้องกันไม่ให้สิ่งส่งตรวจหก และป้องกันไม่ให้น้ำเข้าไปในหลอด
- หลังจากได้รับชิ้นเนื้อหรือเลือดแล้ว ห้องปฏิบัติการตรวจวิทยาภูมิคุ้มกันจะทำการตรวจวิเคราะห์ผลทางตรวจวิทยาภูมิคุ้มกันทุกวันพุธ และวันพฤหัสบดี

## กรณีส่งสิ่งส่งตรวจจากภายนอก โรงพยาบาล

1. กรอกใบส่งตรวจของห้องปฏิบัติการตรวจวิทยาภูมิคุ้มกัน ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการขอส่งตรวจที่สำคัญ คือ
  - ชื่อ - นามสกุล และหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วย
  - ระบุชนิดของการตรวจที่ต้องการขอส่งตรวจให้ชัดเจน
  - ระบุวิธีการติดต่อกลับไปยังห้องปฏิบัติการต้นทาง
  - ระบุชื่อแพทย์ผู้ขอส่งตรวจ
  - ระบุวันที่และเวลาที่เจาะเลือดหรือตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ
  - ระบุน้ำยาที่แช่ชิ้นเนื้อขณะนำส่ง
2. นำส่งชิ้นเนื้อหรือเลือดของผู้ป่วยพร้อมกับใบส่งตรวจ โดยนำส่งที่ห้องปฏิบัติการตรวจวิทยาภูมิคุ้มกัน ภาควิชาตจวิทยา อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 ห้อง 927 ในวัน-เวลาราชการ (จันทร์-ศุกร์) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

### โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับคือ

คุณสำรวย ปันแก้ว

ภาควิชาตจวิทยา อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 โรงพยาบาลศิริราช

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

รณาดินสั่งจ่าย ปณ.ศิริราช 10702

(ควรจัดส่งไปรษณีย์แบบด่วนพิเศษ)





ใบขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตจวิทยาภูมิคุ้มกัน  
ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 (ห้อง 927)  
โทร. 0-2419-4314

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ หมายเลขขอตรวจ (Lab No.)

DIF NO.....  IIF NO.....

<p>Name.....</p> <p>HN..... AN.....</p> <p>Age..... ปี</p> <p>Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male</p> <p>OPD/WARD.....</p>	<p><b>ชนิดสิ่งส่งตรวจ</b></p> <p><input type="checkbox"/> Skin tissue biopsy <b>** ห้ามแช่ชิ้นเนื้อในน้ำยาฟอร์มอลิน **</b></p> <p>วันที่ตัดชิ้นเนื้อ.....</p> <p>เวลาที่ตัดชิ้นเนื้อ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ชิ้นเนื้อสด นำส่งภายใน 6 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> แช่ Michel's transport medium นำส่งภายใน 7 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> Clotted blood วันที่เจาะเลือด.....</p> <p>เวลาที่เจาะเลือด.....</p>
<p><b>ชนิดการขอตรวจ</b></p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ต่วน โปรดระบุเหตุผล.....</p> <p>แพทย์ผู้ขอตรวจ..... รหัส.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>ผลการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ</p> <p><input type="checkbox"/> รับตรวจ</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิเสธ เนื่องจาก.....</p> <p>ผู้รับ/ตรวจสอบ.....</p> <p>วันที่รับ..... เวลา.....</p>
<p>Presenting Symptoms.....</p> <p>History &amp; PE.....</p> <p>Clinical Diagnosis.....</p>	

1.  651001 Direct immunofluorescence study (DIF) (Skin tissue biopsy)

Age of biopsy lesion ..... day(s) ..... week(s) ..... month(s) ..... year(s)

Site of skin biopsy	Type of skin lesion
<p><input type="checkbox"/> Lesion</p> <p><input type="checkbox"/> Perilesion</p> <p><input type="checkbox"/> scalp <input type="checkbox"/> thigh</p> <p><input type="checkbox"/> face <input type="checkbox"/> buttock</p> <p><input type="checkbox"/> lip <input type="checkbox"/> leg</p> <p><input type="checkbox"/> neck <input type="checkbox"/> volar forearm</p> <p><input type="checkbox"/> arm <input type="checkbox"/> extensor forearm</p> <p><input type="checkbox"/> chest <input type="checkbox"/> palm</p> <p><input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> sole</p> <p><input type="checkbox"/> back <input type="checkbox"/> others.....</p> <p><input type="checkbox"/> Normal skin; site.....</p>	<p><input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> nodule</p> <p><input type="checkbox"/> patch <input type="checkbox"/> plaque</p> <p><input type="checkbox"/> vesicle <input type="checkbox"/> bulla</p> <p><input type="checkbox"/> wheal <input type="checkbox"/> pustule</p> <p><input type="checkbox"/> necrotic papule</p> <p><input type="checkbox"/> hemorrhagic bulla</p> <p><input type="checkbox"/> palpable purpura</p> <p><input type="checkbox"/> others.....</p>

2.  Indirect immunofluorescence study (IIF) (clotted blood 5 cc.)

- 651003 Pemphigus & BP antibody  651005 HG factor
- 651004 IgA anti BMZ antibody  651006 Paraneoplastic pemphigus

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน  
(ประทับตราพร้อมลงลายมือชื่อผู้รับเงิน)





Department of Dermatology, Siriraj Hospital  
Results of Immunofluorescence Study

Name..... Age..... Sex.....

HN.....

Date.....

Direct Immunofluorescence (DIF)

Ig	ICS	DEJ	Pattern	SBV	DBV	App.	Colloid body	Other
IgG								
IgA								
IgM								
C3								
Fibrin								

Comment.....  
.....

Indirect Immunofluorescence (IIF)

.....  
.....

Reported by.....

Date.....

หมายเหตุ :-      ICS หมายถึง intercellular space      DEJ หมายถึง dermoepidermal junction  
                         SBV หมายถึง superficial blood vessel      DBV หมายถึง deep blood vessel  
                         APP หมายถึง appendage