



ห้องปฏิบัติการโครโมโซมวิจิตรวิทยาระเบิดเม็ดเลือดขาว

ศูนย์ศิริราชจีโนมิกส์ สำนักงานคณบดี

ห้อง 1036 ในหน่วยสนับสนุนกลาง อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 10 โทร. 95375

จากการปรับโครงสร้างจาก“หน่วยวิจัยและห้องปฏิบัติการบริการเวชพันธุศาสตร์ สังกัดงานกลุ่มวิจัยและเครือข่ายวิจัยฝ่ายวิจัย” เปลี่ยนเป็น “ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช (Siriraj Genomics) สังกัดสำนักงานคณบดีนั้น ใบขอตรวจฉบับปัจจุบันของห้องปฏิบัติการโครโมโซมวิจิตรวิทยาระเบิดเม็ดเลือดขาว คือ รหัส SI-04-2-015-C-SG2-00 โดยสามารถดาวน์โหลดจากคู่มือสิ่งส่งตรวจของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หรือขอรับได้จากห้องปฏิบัติการฯ หรือถ่ายเอกสารจากเอกสารที่แนบมาด้วย กรุณากรอรายละเอียดของใบขอตรวจให้ครบถ้วน โดยเฉพาะการวินิจฉัยโรคและข้อมูลทางคลินิก เพื่อประโยชน์ในการแปลผลการตรวจ

สิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือดหรือไขกระดูก บรรจุใน vacutainer จุกเขียว (heparin) เท่านั้น

กรณีผู้ป่วยนอก ส่งสิ่งส่งตรวจ พร้อมใบขอตรวจและหลักฐานการชำระเงิน มาที่หน่วยเจาะเลือดหรือห้องปฏิบัติการฯ

กรณีผู้ป่วยใน ส่งสิ่งส่งตรวจ พร้อมใบขอตรวจ หลักฐานการชำระเงิน และใบ eHIS มาที่หน่วยเจาะเลือดหรือห้องปฏิบัติการฯ

เนื่องจากมีการทดสอบของห้องปฏิบัติการอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน การคีย์ใบ eHIS กรุณาดูว่าข้างหลังการทดสอบว่ามีคำว่า (Research) ด้วย จึงจะเป็นการทดสอบของห้องปฏิบัติการฯ

ชนิดของการทดสอบ	วันเวลาที่รับสิ่งส่งตรวจ
331001 Chromosome-Blood	วันจันทร์, วันอังคาร, วันศุกร์
331006 FISH-Single Probe	8.00-15.00 น
331008 Chromosome Breakage	
331002 Chromosome-Bone Marrow	วันจันทร์ ถึง วันพฤหัสบดี
331004 Chromosome-Blood for Leukemia	ยกเว้นวันพฤหัสบดีที่วันศุกร์เป็นวันหยุดราชการ
331007 FISH-Multiple Myeloma	8.00-15.00 น
331005 Chromosome-Tissue/Skin Biopsy	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
ติดต่อห้องปฏิบัติการเพื่อรับน้ำยาเก็บเซลล์ล่วงหน้าก่อน	8.00-15.00 น

ในกรณีที่ส่งไม่ตรงวันกรุณากรอกข้อมูลการแจ้งความจำนงยื่นยื่นขอตรวจในสิ่งส่งตรวจที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่อยู่ด้านหลังใบขอตรวจได้โดยไม่ต้องเขียนแยกใบเหมือนที่เคยปฏิบัติมา

ในกรณีที่ต้องการส่งตรวจที่อยู่นอกเหนือวันเวลาที่กำหนดในคู่มือสิ่งส่งตรวจ กรุณาแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบล่วงหน้า หรือถ้าเป็นวันหยุด และถ้าต้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส และรีบส่งมาที่ห้องปฏิบัติการทันทีเมื่อเปิดทำการ โดยไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 2 วันหรือ 48 ชั่วโมงหลังเก็บตัวอย่าง เนื่องจากต้องนำมาเพาะเลี้ยงเซลล์ต่อ ถ้าสิ่งส่งตรวจเจาะไว้นานเกินไปอาจมีผลต่อการเลี้ยงเซลล์และอาจทำให้การวิเคราะห์ผลทำไม่ได้ผลตามมาตรฐาน

หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อห้องปฏิบัติการตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างบนใบขอตรวจ คือ โทร: 95375



ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการโครโมโซมวินิจฉัยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช สำนักงานคณะบดี

ห้อง 1036 ชั้น 10 อาคารศรีสวรินทิรา ในหน่วยสนับสนุนกลาง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กทม. 10700

โทร.0-2419-5375-6

ข้อมูลผู้ป่วย	(สำหรับติดสติ๊กเกอร์หมายเลขขอตรวจ)
ชื่อ-สกุล.....อายุ..... HN.....AN..... OPD.....WARD.....โทรศัพท์.....	สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโครโมโซม
วันเดือนปีเกิด..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ..... โรงพยาบาล.....โทรศัพท์..... ที่อยู่.....	
แพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย (ตัวบรรจุ)	ข้อมูลตัวอย่างตรวจ
ชื่อ-สกุล.....รหัสแพทย์..... ภาควิชา.....โทรศัพท์..... อาจารย์แพทย์.....	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Bone marrow <input type="checkbox"/> Tissue/Skin biopsy <input type="checkbox"/> Others..... วันที่เจาะ.....เวลา..... แพทย์ผู้เจาะไขกระดูก/ชิ้นเนื้อ.....โทรศัพท์..... ผู้เจาะเลือด.....โทรศัพท์.....
การวินิจฉัยโรค	การทดสอบ
<input type="checkbox"/> Hereditary disease/ Postnatal Diagnosis (โปรตระกูล) ในกรณีผู้ป่วย newborn เคยตรวจ Prenatal Diagnosis มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ที่ <input type="checkbox"/> รพ.ศิริราช <input type="checkbox"/> รพ.อื่น โปรดให้รายละเอียด ชื่อ-สกุล มารดา.....H.N..... ผลการตรวจ.....	<input type="checkbox"/> 331001 Chromosome-Blood <input type="checkbox"/> 331003 Chromosome-Bone Marrow <input type="checkbox"/> 331004 Chromosome-Blood for Leukemia <input type="checkbox"/> 331005 Chromosome-Tissue/Skin biopsy <input type="checkbox"/> 331006 FISH-Single Probe : Specify probe..... <input type="checkbox"/> 331007 FISH- Multiple Myeolma : FISH using 4 probes <input type="checkbox"/> 331008 Chromosome Breakage
ข้อมูลการส่งตรวจ	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตราและลงชื่อ)
เพื่อ <input type="checkbox"/> วินิจฉัย <input type="checkbox"/> พยากรณ์โรค <input type="checkbox"/> วิจัย รหัส..... <input type="checkbox"/> ติดตามผลการรักษา วันที่เคยส่งตรวจ..... Case No..... Status: <input type="checkbox"/> before Rx <input type="checkbox"/> during Rx <input type="checkbox"/> off Rx last..... <input type="checkbox"/> Clinical remission <input type="checkbox"/> Hematological remission <input type="checkbox"/> Suspected relapsed <input type="checkbox"/> Evolution <input type="checkbox"/> non-BMT <input type="checkbox"/> BMT donor sex (โปรตระกูล)..... Transfusion: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes CBC: Hb.....g/dl, WBC...../μl, platelet...../μl Preliminary Bone marrow smear review: (โปรตระกูล) - Cellularity: hypocellular/normocellular/hypercellular - blast/abnormal cell count: < 5% / 5-19% / ≥ 20% - Megakaryocyte: absent/decreased/normal/increased - Dysplastic feature:	ประวัติการตรวจร่างกาย การรักษา และการทดสอบอื่นที่เกี่ยวข้อง หากเป็นโรคทางพันธุกรรม กรุณาใส่ทั้งข้อมูลทางคลินิก และพงสาวลี

คำแนะนำในการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์ความผิดปกติของโครโมโซม

1. เลือด (peripheral blood)

ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถถูกเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำบริเวณท้องแขน ควรปฏิบัติดังนี้

ใช้สายยางรัดแขนรัดเหนือแขนข้างที่จะทำการเจาะเลือด ทำความสะอาดบริเวณที่จะเจาะเลือดโดยใช้แอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ หรือเบตาดีน ตามหลักการของ Sterile precaution technique โดยรอให้แอลกอฮอล์แห้งก่อนจึงเจาะเลือด โดยเจาะเลือดจากผู้ป่วยประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ถ้าเป็นเด็กเล็กเจาะเลือดประมาณ 2-3 มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดสุญญากาศ (vacutainer) ซึ่งภายในบรรจุ Lithium heparin (จุกเขียว) เขย่ากลับไปมาเบาๆ เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด เมื่อเจาะเลือดแล้วควรส่งมาที่ห้องปฏิบัติการทันที

ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการตรวจ Chromosome breakage กรุณาติดต่ออาจารย์ผู้รับรองผลและนัดหมายกับทางห้องปฏิบัติการก่อน

เวลาทำการรับเลือดจากผู้ป่วยของห้องปฏิบัติการ คือวันจันทร์ วันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 8.00-15.00 น.*

2. ไชกระดูก (bone marrow) หรือ เลือด (peripheral blood) จากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การเจาะไขกระดูกต้องเจาะโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น โดยใช้กระบอกฉีดยาดูดไขกระดูกปริมาตร 3-5 มิลลิลิตร ถ้าเป็นเด็กเล็กเจาะไขกระดูกจากประมาณ 2-3 มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดสุญญากาศ (vacutainer) ซึ่งภายในบรรจุ Lithium heparin (จุกเขียว) เขย่ากลับไปมาเบาๆ เพื่อป้องกันการแข็งตัวของไขกระดูก เมื่อเจาะไขกระดูกแล้วควรส่งมาที่ห้องปฏิบัติการทันที

ในกรณีที่ไม่สามารถเจาะไขกระดูกได้แต่แพทย์ต้องการตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซม สามารถเจาะจากเส้นเลือดดำบริเวณท้องแขนวิธีเดียวกับที่กำหนดไว้ในข้อ 1. แต่การเตรียมโครโมโซมจากเลือดอาจไม่ได้ผลดีเหมือนเตรียมจากไขกระดูก

เวลาทำการรับไขกระดูกหรือเลือดจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของห้องปฏิบัติการ คือวันจันทร์-วันพฤหัสบดี เวลา 8.00-15.00 น.

3. ชิ้นเนื้อ (tissue)

ชิ้นเนื้อที่จะส่งมาต้องอยู่ใน transporting media ที่เหมาะสม โดยสามารถขอได้จากห้องปฏิบัติการก่อนเก็บชิ้นเนื้อและควรส่งทันทีหลังจากเก็บ โดยชิ้นเนื้อต้องมีขนาดอย่างน้อย 0.5-1 cm³ ไม่มีลักษณะเน่าและไม่มีก้อนเลือดปนมา

เวลาทำการรับชิ้นเนื้อจากผู้ป่วยของห้องปฏิบัติการ คือวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-15.00 น.

หมายเหตุ

1. ส่งใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนพร้อมสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง กรณีส่งไม่ตรงวันกรุณากรอกในการแจ้งความจำนงยืนยันขอตรวจที่อยู่ด้านหลังใบขอตรวจของห้องปฏิบัติการฯด้วย

2. การส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์โครโมโซม ควรเขียนรายละเอียดของคนไข้ในใบส่งตรวจ (request form) ให้ครบและมากที่สุด โดยเฉพาะการวินิจฉัยโรค ประวัติการตรวจร่างกาย การรักษา และการทดสอบอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อความเกี่ยวข้องระหว่างลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกับผลตรวจโครโมโซมจากห้องปฏิบัติการ

3. การที่คนไข้ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน หรือยาอื่น ๆ อาจมีผลกระทบต่อผลการเพาะเลี้ยงเซลล์ และการที่คนไข้ได้รับเลือดก่อนเจาะตรวจโครโมโซมน้อยกว่า 6 เดือนอาจมีผลกระทบต่อการแปลผลการวิเคราะห์

4. หลังจากเก็บสิ่งส่งตรวจควรส่งมาที่ห้องปฏิบัติการทันที ในกรณีที่ไม่สามารถส่งสิ่งส่งตรวจมาที่ห้องปฏิบัติการได้ในเวลาทำการ หรือมีความจำเป็นต้องส่งในวันที่ไม่ใช่วันทำการ ให้บริการรับสิ่งส่งตรวจชนิดนั้นๆ ควรแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบ และควรเก็บสิ่งส่งตรวจไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิระหว่าง 2-8°C (ห้ามแช่แข็ง) เพื่อรักษาคุณภาพของสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสมต่อการเลี้ยงเซลล์และการเตรียมโครโมโซม และรีบส่งมาทันทีที่ห้องปฏิบัติการเปิดทำการ

5. กรณีมีปัญหาหรือไม่แน่ใจ กรุณาติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนจะส่งสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง ตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์บนใบขอตรวจ



การแจ้งความจำนงยืนยันขอตรวจในสิ่งส่งตรวจที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการโครโมโซมวินิจฉัยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ศูนย์จีโนมิกส์ศิริราช สำนักงานคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ชนิดสิ่งส่งตรวจ

Bone marrow Blood for Leukemia Blood FISH Tissue/Skin biopsy Others.....

ยืนยันขอตรวจในสิ่งส่งตรวจที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เนื่องจาก

การส่งสิ่งส่งตรวจ นอกวันเวลาที่ให้บริการ เนื่องจาก.....

ปริมาณน้อยกว่ากำหนด.....

อื่นๆ.....

แพทย์ที่ยืนยันขอส่ง.....ห้องตรวจ OPD / Ward.....โทรศัพท์.....

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน