ใบขอส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกระดับโมเลกุล

ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR) ชั้น 8 ห้อง 809 โทรศัพท์ 02 419 2802 หรือ 02 419 2803

(เขียนตัวบรรจง หรือติดสติกเกอร์)

ชื่อ-สกุล.....

H.N..... เพศ.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

สถานพยาบาล

☐ รพ.ศิริราช OPD/หอผู้ป่วย.....โทร.....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....โทร.....

การวินิจฉัย .....

เหตุผลที่ส่งตรวจ

☐ การตอบสนองต่อยา (ระบุ).....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ผลการตรวจเดิม (ถ้ามี)

วันที่ ...../...../..... สิ่งส่งตรวจ.....

ผล.....

นัดผู้ป่วยฟังผลตรวจในวันที่ ...../...../.....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

โทรศัพท์/อีเมล.....

สิ่งส่งตรวจ

Liquid biopsy

☐ Blood (LIQUID BOX)

ชื่อผู้เจาะเลือด.....

วันที่...../...../..... เวลา.....

☐ Body fluid (ระบุ) .....

วันที่เก็บตัวอย่าง ...../...../..... เวลา.....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

Tissue

☐ Paraffin block หมายเลข .....

สิ่งที่แนบมา ☐ ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ☐ สไลด์ H&E

☐ Fresh tissue (ระบุ) .....

วันที่เก็บตัวอย่าง ...../...../..... เวลา.....

☐ Cytology slide หมายเลข.....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

รหัส	รายการตรวจวิเคราะห์	รายงานผล (วันทำการ) Liquid biopsy	Tissue
	LUNG CANCER		
9926	☐ EGFR mutation	5	7
9968	☐ EGFR T790M mutation	5	7
9927	☐ BRAF V600E mutation	5	7
9976	☐ Actionable mutation panel†	14	14
9971	☐ Lung cancer fusion panel‡	-	7
	COLORECTAL CANCER		
9925	☐ KRAS mutation	5	7
9928	☐ NRAS mutation	5	7
9927	☐ BRAF V600E mutation	5	7
99251	☐ KRAS reflex NRAS, BRAF mutation	5	7
9976	☐ Actionable mutation panel†	14	14
	OVARIAN/ ENDOMETRIAL/ BREAST/ PROSTATE/ PANCREATIC/ C		
9992	☐ POLE mutation	-	7
9978	☐ BRCA somatic mutation	14	14
9976	☐ Actionable mutation panel†	14	14
	MELANOMA/ THYROID CANCER		
9927	☐ BRAF V600E mutation	5	7
9984	☐ BRAF V600E/K/D/R mutation	5	7
9976	☐ Actionable mutation panel†	14	14
	SOLID TUMOR		
9976	☐ Actionable mutation panel†	14	14
9991	☐ K-TRACK→	15	30

* ข้อมูลราคา ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2569, สถานพยาบาลอื่นของรัฐและเอกชนจะเสียค่าตรวจวิเคราะห์เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และ 20 ตามลำดับ

† ตรวจวิเคราะห์หา mutation ของยีน AKT1, ALK, BRAF, CTNNB1, DDR2, EGFR, ERBB2, ERBB3, ERBB4, ESR1, FBXW7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FLT3, GNA11, GNAQ, HRAS, KIT, KRAS, MAP2K1, MAP2K2, MET, NOTCH1, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, RAF1, SMAD4, และ STK11; ไม่ได้ตรวจหา fusion

‡ ตรวจวิเคราะห์หา ALK fusion, ROS1 fusion, RET fusion, NTRK fusion, และ METex14 skipping (RNA) ตรวจได้เฉพาะใน tissue เท่านั้น

→ส่งตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการรับตรวจต่อ

การสั่งตรวจทุกรายการต้องกรอกข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม รหัส F-SI-70-1-002 ทุกครั้ง

ติดต่อสอบถามห้องปฏิบัติการทาง Line ID @liquidboxlab

LIQUID BOX

เจ้าหน้าที่การเงินประทับตราพร้อมลงชื่อ

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม

หนังสือฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และแสดงเจตนาให้เก็บรวบรวมใช้ข้อมูลสุขภาพ

โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด เข้าใจเนื้อหาและผลของการแสดงเจตนาครบถ้วน

ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล ..... HN ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี

ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล .....อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

แสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และใช้ข้อมูลจากการตรวจเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

ผู้แสดงเจตนาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางพันธุกรรม ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจทางพันธุกรรม (แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ทำการอธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงวัตถุประสงค์แล้ว)
2. ข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม
3. ระยะเวลาการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทางห้องปฏิบัติการและบันทึกหลักฐานการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน

ผู้แสดงเจตนามีเจตนาเพิ่มเติม ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐)

1. ให้รายงานข้อมูลพันธุกรรมที่อาจตรวจพบโดยบังเอิญ (incidental findings) จากการตรวจทางพันธุกรรมที่แพทย์ส่งตรวจ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
2. ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจโดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อจัดทำรายงานทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเพื่อการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
3. ให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวที่เหลือจากการตรวจครั้งนี้โดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และการวินิจฉัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยระยะเวลาเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมในกรณีนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้แสดงเจตนาแจ้งถอนความยินยอม	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม

การถอนความยินยอม :

ผู้แสดงเจตนาสามารถถอนความยินยอมกรณีให้ใช้ข้อมูลหรือให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือได้ทุกเมื่อโดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หนังสือฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นสองฉบับ โดยเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลหนึ่งฉบับและให้ไว้ที่ผู้รับบริการหนึ่งฉบับ

	ชื่อ สกุล (ตัวบรรจง)	**ลงลายมือชื่อ**
ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล ผู้แสดงเจตนา		
ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเอง)		
แพทย์ผู้ขอส่งตรวจทางพันธุกรรม		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหน่วยตรวจ		(พยาน)

วันที่ ..... เดือน ..... พศ. .....

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม

หนังสือฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการแสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม
และแสดงเจตนาให้เก็บรวบรวมใช้ข้อมูลสุขภาพ

โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด เข้าใจเนื้อหาและผลของการแสดงเจตนาครบถ้วน

ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล ..... HN ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี

ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล : ชื่อสกุล .....อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

แสดงเจตนาให้เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับการตรวจทางพันธุกรรม และใช้ข้อมูลจากการตรวจเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

ผู้แสดงเจตนาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางพันธุกรรม ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจทางพันธุกรรม (แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ทำการอธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงวัตถุประสงค์แล้ว)
2. ข้อจำกัดของการตรวจทางพันธุกรรม
3. ระยะเวลาการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทางห้องปฏิบัติการและบันทึกหลักฐานการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน

ผู้แสดงเจตนามีเจตนาเพิ่มเติม ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐)

1. ให้รายงานข้อมูลพันธุกรรมที่อาจตรวจพบโดยบังเอิญ (incidental findings) จากการตรวจทางพันธุกรรมที่แพทย์ส่งตรวจ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
2. ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจโดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อจัดทำรายงานทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเพื่อการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม
3. ให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวที่เหลือจากการตรวจครั้งนี้โดยปกปิดตัวบุคคล เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และการวินิจฉัยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยระยะเวลาเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจทางพันธุกรรมในกรณีนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้แสดงเจตนาแจ้งถอนความยินยอม	☐ ยินยอม	☐ ไม่ยินยอม

การถอนความยินยอม :

ผู้แสดงเจตนาสามารถถอนความยินยอมกรณีให้ใช้ข้อมูลหรือให้เก็บรักษาและใช้สิ่งส่งตรวจที่เหลือได้ทุกเมื่อโดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หนังสือฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นสองฉบับ โดยเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลหนึ่งฉบับและให้ไว้ที่ผู้รับบริการหนึ่งฉบับ

	ชื่อ สกุล (ตัวบรรจง)	**ลงลายมือชื่อ**
ผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล ผู้แสดงเจตนา		
ผู้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย / เจ้าของข้อมูล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเอง)		
แพทย์ผู้ขอส่งตรวจทางพันธุกรรม		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหน่วยตรวจ		(พยาน)

วันที่ ..... เดือน ..... พศ. .....