ใบ Request สำหรับการตรวจ Platelet antibody

ศูนย์ ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925 Email. hlanbc@redcross.or.th

ประวัติ ผู้ป่วย

ชื่อ(นาย,นาง,น.ส.,อื่น ๆ)…….....……..……นามสกุล..……..……..……..……..HN…….....หมู่โลหิตผู้ป่วย.....

วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน/Passport No.....เพศ.....เชื้อชาติ.....

โรงพยาบาล……..…….....รหัสโรงพยาบาลสมาชิก 6 หลัก.....……

Diagnosis..... Platelet count.....มีประวัติตั้งครรภ์…….....…ครั้ง

ประวัติได้รับเลือด/เกล็ดเลือดมาแล้ว……..ครั้ง ชนิด…… จำนวน ……..units. ครั้งสุดท้ายเมื่อ…….....….

ประวัติอื่น ๆ ☐ Transplant/BMT ☐ ได้รับยากดภูมิ/ IVIg ☐ อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด:***หากมีประวัติเหล่านี้อาจมีผลต่อการหาเกล็ดเลือดยาก***

ผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร……..……..……ส่งรายงานผลทาง E-mail:……..……..…….....

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้สั่งตรวจ……..……..……..…**(ตัวบรรจง)**

สิ่งส่งตรวจเจาะวันที่.....*เวลา*.....*น.*

**** กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจงให้ครบถ้วน ****

Platelet Crossmatched/matched Single Donor Platelet

ขอ SDP หมู่เลือด ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB

จำนวน ☐ **Units** ☐ *IRRADIATED*

☐ **Crossmatched random** (SDP)	Clotted blood 10 ml. (*ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล*) และ ACD blood 10 ml.
☐ **HLA/HPA matched** (SDP) **(ผู้ป่วยต้องมีผลตรวจ HLA / HPA typing เท่านั้น)**	*ถ้าขอแบบ match แนบผล HLA/HPA typing ของผู้ป่วยทุกครั้ง*
☐ Crossmatched Platelet กรณีที่ระบุผู้บริจาคจากโรงพยาบาล ระบุ.....	Clotted blood 10 ml. (*ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล*) และ ACD blood ของ donor 10 ml

การจัดส่งผลิตภัณฑ์

☐ จัดส่งผ่านภาคฯ.....☐ จัดส่งตรง รพ. ☐ รพ. มารับเอง

HLA/HPA typing

(คำแนะนำ ก่อนการส่งตรวจ typing ผู้ป่วยควรตรวจ Platelet antibody screening ก่อน)

☐ HLA class I typing (รายงานผล 5 วันทำการ)	EDTA blood 3-5 ml.
☐ HPA typing (รายงานผล 7 วันทำการ)	EDTA blood 3-5 ml.

*กรณีผู้ป่วยมีค่า WBC ต่ำกว่า 2,000 cell/ml. ควรใช้ Buccal swab ในการส่งตรวจ

Platelet antibody screening (รายงานผล 3 วันทำการ)

☐ **Screen for platelet antibody**

☐ กรณีสงสัย Platelet refractoriness หรือ Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)	clotted blood 10 ml. (*ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล*) และ ACD blood 10 ml.
☐ กรณีสงสัย Alloimmune neonatal thrombocytopenia (ANT) **เขียน ใบ request ประวัติผู้ป่วย แยก พ่อ แม่ และ ลูก*	แม่ : clotted blood 10 ml (*ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล*) และ ACD 10 ml. พ่อ : ACD blood 10 ml.
☐ สงสัย Drug-dependent antibody ****ต้องหยุดยาและค่าเกล็ดเลือดกลับมาปกติก่อนจึงสามารถส่งตรวจได้***	- clotted blood ขณะสงสัย 10 ml., ยาที่สงสัย (ชนิดน้ำ) ระบุความเข้มข้น - clotted blood และ ACD blood หลังหยุดยา อย่างละ 10 ml.

เจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ สิ่งส่งตรวจ ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ☐ reject เนื่องจาก .....

เจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ .....ผู้ตรวจสอบ.....วันที่รับ.....เวลา.....น.

หมายเหตุ .....)

เลขใบขาย service……

เลขใบขาย Product……

อุณหภูมิตัวอย่าง.....C^{o}