ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

Reference Laboratory Excellence Centre,
National Blood Centre, TheThai Red Cross Society,
Henri Dunant Road, Pathumwan Bangkok 10330
Tel. 0-2263-9600-99 ext.1310, 1312
E-mail: hlanbc@redcross.or.th

เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff only)

HLA Patient/Donor ID_____

GRID:_____
(สำหรับ Unrelated Stem Cell Donor เท่านั้น)

ABMDR ID:_____Local ID:_____

Sample No._____

HLA LABORATORY

for stem cell transplantation and disease associated

เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff only)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)_____ นามสกุล_____
Name (Mr./Mrs./Ms./Other) Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด_____เลขประจำตัวประชาชน_____ เชื้อชาติ_____ อายุ_____
Date of birth National ID Race Age

โรงพยาบาล_____Ward_____H.N._____Clinical Dx._____
Hospital

Tel._____ ส่งรายงานผลทาง E-mail _____

Request date_____Collection date_____ Time_____

กรุณากรอกข้อมูล ABO blood group เฉพาะปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Please fill the ABO blood group in case of stem cell transplant)

☐ Recipient (ABO blood group____)

****** ☐ ขอยืนยันว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ Acute Leukemic phase (เฉพาะผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต)**

☐ Donor (ABO blood group____), Relationship to recipient_____ specify name of recipient_____

หมายเหตุ : กรณีส่งตรวจเฉพาะผู้บริจาคเพื่อเปรียบเทียบผล HLA typing กับผู้ป่วย โปรดแนบผล HLA typing ของผู้ป่วยด้วย
(To request only donor matching , please attach previous recipient HLA result)

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการแพทย์ผู้สั่งตรวจ (Physician's sign)_____
(I hereby certify that all the statements true and correct) (_____)

HLA for stem cell transplant

EDTA blood อย่างน้อย 3 ml จำนวน 2 หลอด, buccal swab 2 หลอด*, DNA 50 µl or DNA from amniotic fluid≥10 µl
*buccal swab kit ติดต่อรับที่ Reference Laboratory Excellence Centre เท่านั้น

HLA typing in low-intermediate resolution

☐ HLA-A
☐ HLA-B
☐ HLA-C
☐ HLA-DRB1/3/4/5
☐ HLA-DQB1

HLA typing in high resolution

☐ HLA-A
☐ HLA-B
☐ HLA-C
☐ HLA-DRB1
☐ HLA-DRB3/4/5
☐ HLA-DQB1
☐ HLA-DPB1

☐ **HLA typing for search unrelated bone marrow donor**

HLA for disease associated

EDTA blood 3 ml

☐ HLA-B27

☐ ระบุ HLA antigen_____

เฉพาะเจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ (Staff only)

สิ่งส่งตรวจ ☐ถูกต้อง ☐ไม่ถูกต้อง ☐Rejectเนื่องจาก_____
เจ้าหน้าที่ส่งตรวจ_____ผู้ตรวจสอบ_____วันที่รับ_____เวลา_____น.
ลำดับ_____หมายเหตุ_____อุณหภูมิตัวอย่าง_____°C