



****Please complete all information below.**

Test will not be performed without completed requisition form**

Sender Address

****Specimen MUST be labeled with patient First Name, Last name, Date of birth and Date of collection****

Patient First Name : (ชื่อ) _____

Last Name : (นามสกุล) _____

H.N. _____ Date of Birth (dd/mm/yyyy) ____/____/____ Gender Male Female

Tel : _____ E-mail : _____

Ship To

Laboratory Department, Fl.13 Building C

33 Sukhumvit 3, Wattana, Bangkok, Thailand 10110

Tel: +6620114158

Labservices@bumrungrad.com

| Test Order | Specimen type |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INVITAE Multi-Cancer Panel (Diagnostic test) | <input type="checkbox"/> EDTA 3 ml. 2 tubes <input type="checkbox"/> Saliva kit |
| <input type="checkbox"/> INVITAE 1 Panel Genetic Testing (Diagnostic test) กรุณาระบชื่อ 1 Test | <input type="checkbox"/> EDTA 3 ml. 2 tubes <input type="checkbox"/> Saliva kit |
| Test name _____ | |

Specimen Collection

Collection Date (dd/mm/yyyy) _____

Collection Time (hh/mm) _____

1. Primary indication : ข้อบ่งชี้เบื้องต้นในการส่งตรวจ

- Cardiology : Aorthopathy
- Cardiology : Arrythmia
- Cardiology : Cardiomyopathy
- Cardiology : Other
- Hereditary Breast and Ovarian Cancer (HBOC)
- Lynch Syndrome
- Neurology
- Other Cancer
- Other/additional reasons for testing (อื่นๆ โปรดระบุ) _____

Ethnicity : ชาติพันธุ์

- Asian
- Ashkenazi Jewish
- African-American
- French Canadian
- Hispanic
- Mediterranean
- Native American
- White/Caucasian
- Other _____

2. Patient is/was affected or symptomatic (ผู้ป่วยมีอาการ/เคยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหรือไม่)

- No Yes, please describe symptom _____ . Age of diagnosis _____
- Patient has/history of hematological malignancy (ผู้ป่วยเคย/มีประวัติเป็นมะเร็งเม็ดเลือด/ต่อมน้ำเหลือง)
- Patient had a blood transfusion less than two weeks prior to specimen collection (blood and saliva)
ผู้ป่วยได้รับถ่ายเลือดภายในช่วงสองสัปดาห์ก่อนเก็บส่งตรวจ (**we are unable to accept the specimen, please do not order)
- Patient who have had an allogenic bone marrow or stem cell transplant
ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือสเต็มเซลล์จากผู้อื่น (**we are unable to accept the specimen, please do not order)

3. Family history related to testing (สมาชิกในครอบครัว มีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหรือไม่)

- No Yes, relationship _____
please describe symptom _____ . Age of diagnosis _____
- Relative with known family variant (ผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความผิดปกติของยีนที่ทำการตรวจ)
if yes, which gene(s) หากมี โปรดระบุยีน _____ Relationship _____ (กรุณานแนบเอกสารผลตรวจ ถ้ามี)

Referring Physician : ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ

Referring Physician Name: _____ Tel : _____

Referring Clinic : _____ Referring Clinic contact person _____

Tel : _____ E-mail : _____ (For sending report)

Signature Referring Physician _____