

## แบบนำส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย 148 ม.3 ต.นางแล อ.เมือง จ.เชียงราย 57100 โทร 0 5317 6225-6 โทรสาร 0 5317 6224

### ● ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล..... HN..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.....ปี.....เดือน.....  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

### ● ป่วยเป็นโรค

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Epilepsy        | <input type="checkbox"/> 2. Schizophrenia | <input type="checkbox"/> 3. Trigeminal neuralgia |
| <input type="checkbox"/> 4. Neuopathic pain | <input type="checkbox"/> 5. Gout          | <input type="checkbox"/> 6. Hyperuricemia        |
| <input type="checkbox"/> 7. HIV/AIDS        | <input type="checkbox"/> 8. Other.....    |  |

● วันที่เริ่มอาการ..... ประวัติแพ้ยา  ไม่มี  มี

### ● โปรระบบชนิดของยาที่แพ้ หรือสงสัย

ชนิดของยา 1..... 2..... 3.....

### ● ข้อมูลของหน่วยงาน / โรงพยาบาล / สถานพยาบาล

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

### ● ส่งตัวอย่างตรวจ

- HLA-B\* 1502 (PCR) สำหรับ SJS/TENS จากยา Carbamazepine และ Oxcarbazepine  
 HLA-B\* 5801 (PCR) สำหรับ SJS/TENS/DHS จากยา Allopurinol  
 HLA-B\* 5701 (PCR) สำหรับ Hypersensitivity Syndrome จากยา Abacavir

### ● การเก็บ และจัดส่งตัวอย่าง

ตัวอย่าง เลือด เเจาะเมื่อ .....

เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เก็บเมื่อ .....

วันที่ส่งตัวอย่าง ..... ภาวะการส่ง  อุณหภูมิห้อง  น้ำแข็ง

วิธีการส่ง  เครื่องบิน  รถทัวร์  บริษัทรับขนส่ง  ส่งโดยตรงที่กรมวิทย์ฯ  ไปรษณีย์ด่วน EMS

สำหรับผู้รับตัวอย่าง.....วัน เดือน ปี .....เวลา.....

Labcode.....สภาพตัวอย่าง  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

### ☞ ชื่อและที่อยู่สำหรับการส่งรายงานผล

ชื่อ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่อยู่.....