



บริษัท ศูนย์ ดี เอ็น เอ จำกัด

DNA CENTER CO., LTD.

100/57 ถนนเศรษฐศิริ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทร. 0-2668-3129, 0-2241-1845 โทรสาร 0-2241-2137

ISO 9001:2008 certified Cytogenetics Laboratory Service

For DNA Center use only

LAB No.



Chromosome Analysis Request Form

Name : _____ Age : _____ HN : _____ Gender : Male Female

Hospital/Address : _____ Tel. : _____

Referring physician : _____ Date Specimen Collected : _____

Requested by : _____ Date : _____ Time : _____

| Postnatal Chromosome Analysis | Cancer Cytogenetics |
|---|---|
| <p>Specimen type</p> <input type="checkbox"/> Peripheral blood <input type="checkbox"/> Cord blood <input type="checkbox"/> Heart blood | <p>Specimen type</p> <input type="checkbox"/> Bone marrow <input type="checkbox"/> Blood for Leukemia / Oncology Peripheral blood <input type="checkbox"/> Tissue |
| <p>Indications</p> <input type="checkbox"/> Down syndrome <input type="checkbox"/> Turner syndrome <input type="checkbox"/> Multiple congenital anomalies <input type="checkbox"/> Developmental delay <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Dysmorphic features <input type="checkbox"/> Growth retardation <input type="checkbox"/> Infertility <input type="checkbox"/> Habitual abortion <input type="checkbox"/> IVF-ICSI <input type="checkbox"/> Parental chromosome analysis following results of a prenatal analysis <input type="checkbox"/> Others : _____ | <p>Reason for Referral</p> <input type="checkbox"/> Initial diagnosis <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Post BMT / SCT Sex of Donor Cells: Male / Female |
| | <p>Clinical Diagnosis :</p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leukocytosis <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> Lymphocytosis <input type="checkbox"/> MPD <input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> Lymphoma <input type="checkbox"/> Sarcoma <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> Hodgkin lymphoma <input type="checkbox"/> Ewing sarcoma <input type="checkbox"/> Adenopathy <input type="checkbox"/> NHL <input type="checkbox"/> Thrombocythemia <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> Burkitt lymphoma <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> Myeloma <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Multiple myeloma <input type="checkbox"/> Leukopenia |

Test Requested : (Please check all that apply)

- Chromosome Analysis
 - FISH (Other probes available, please contact lab for info)
- | | | |
|---|--|---|
| <p>Microdeletion</p> <input type="checkbox"/> DiGeorge / VCFS TUPLE1 syndrome <input type="checkbox"/> Prader-Wili/Angelman (SNRPN) syndrome <input type="checkbox"/> Williams-Beuren syndrome <input type="checkbox"/> Smith Magenis/Miller-Dieker syndrome <input type="checkbox"/> Alagille (JAG1) <input type="checkbox"/> Rubinstein-Taybi | <p>Aneuploidy panel</p> <input type="checkbox"/> Chromosome 13/21 <input type="checkbox"/> Chromosome 18 <input type="checkbox"/> Sex Chromosome (X&Y) <input type="checkbox"/> Chromosome 15 <input type="checkbox"/> Chromosome 14/22 | <p>Oncology</p> <input type="checkbox"/> BCR/ABL, t(9;22) <input type="checkbox"/> PML/RARA, t(15;17) <input type="checkbox"/> Sex-mismatched for Post BMT/SCT (XX/XY) <input type="checkbox"/> CLL probe panel <input type="checkbox"/> FIP1L1-CHIC2-PDGFR(4q12)Del,Break |
|---|--|---|
- Other _____

For DNA Center use only

| | |
|--|---|
| Received Date : _____ Time : _____ | Previous report found : <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Specimen quality : Container <input type="checkbox"/> _____ Tube (s) <input type="checkbox"/> _____ Syringe (s) Volume : _____ ml. | Previous LAB No. _____ |
| Remark : _____ | FM-LB-01 03/2013 |

กรุณาคำแนะนำในการเก็บส่งตรวจด้านหลัง

คำแนะนำในการเก็บส่งตรวจ

วิธีการเก็บส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์โครโมโซมจากเลือด (BLOOD)

วิธีที่ 1

1. ใช้ Sterile disposable syringe 5 cc. ดูด Heparin rinse syringe ให้ทั่วด้วย Heparin แล้ว squeeze ไล่ Heparin ส่วนที่เกินออกให้หมด เหลือแต่จำนวนน้อยพอติด syringe เปลี่ยนเข็มใหม่ เตรียมเจาะเลือดคนไข้
2. ฟอกแขนที่จะเจาะเลือดให้สะอาดด้วยสบู่แล้วเช็ดด้วย Betadine ใช้ Sterile precaution เหมือนทำ blood culture ถ้าไม่มี Betadine ให้ใช้ alcohol เช็ดได้ แต่ต้องรอให้แห้งจึงจะเจาะเลือด
3. เจาะเลือดคนไข้ประมาณ 3-5 cc. ใส่ใน syringe แล้วปิดปลอกเข็มให้แน่น เขย่าให้เลือดและ Heparin ให้เข้ากัน ส่งตรวจทั้ง syringe

วิธีที่ 2

เจาะเลือดปริมาณ 3-5 cc. เก็บใส่ในหลอดปราศจากเชื้อที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด Sodium heparin หรือ Lithium heparin ถ้าเป็นเด็กเล็ก ควรให้ได้อย่างน้อย 1-2 cc.

วิธีการเก็บส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์โครโมโซมจากไขกระดูก (Bone marrow) และ Peripheral blood ของโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว (Blood for Leukemia)

วิธีที่ 1

1. ใช้ Sterile disposable syringe 5 cc. ดูด Heparin rinse syringe ให้ทั่วด้วย Heparin แล้ว squeeze ไล่ Heparin ส่วนที่เกินออกให้หมด เหลือแต่จำนวนน้อยพอติด syringe เปลี่ยนเข็มใหม่ เตรียมเจาะเลือดหรือไขกระดูกคนไข้
2. (สำหรับเลือด) ฟอกแขนที่จะเจาะเลือดให้สะอาดด้วยสบู่แล้วเช็ดด้วย Betadine ใช้ Sterile precaution เหมือนทำ blood culture ถ้าไม่มี Betadine ให้ใช้ alcohol เช็ดได้ แต่ต้องรอให้แห้งจึงจะเจาะเลือด
3. เจาะเลือด / ไขกระดูกประมาณ 3-5 cc. ใส่ใน syringe แล้วปิดปลอกเข็มให้แน่น เขย่าให้เลือด/ไขกระดูกและ Heparin ให้เข้ากัน ส่งตรวจทั้ง syringe

วิธีที่ 2

เจาะเลือด/ไขกระดูก ปริมาณ 3-5 cc. เก็บใส่ในหลอดปราศจากเชื้อที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด Sodium heparin หรือ Lithium heparin

- เมื่อเก็บส่งตรวจเสร็จเรียบร้อย ควรส่งตรวจทันที โดยรีบแจ้งมายังศูนย์ ดี เอ็น เอ เพื่อส่งเจ้าหน้าที่ไปรับ (ส่งตรวจควรมาถึงศูนย์ ภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังการเจาะ) ถ้าไม่สามารถส่งได้ทันทีให้เก็บที่ตู้เย็น 4 องศาเซลเซียส ได้นานประมาณ 12 ชม.

- การส่งตรวจทุกครั้งต้องระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการส่งตรวจให้ชัดเจนและมากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Indications, Reason for Referral, Clinical Diagnosis เพื่อ correlate clinical finding กับ laboratory finding

* EDTA Blood, EDTA Bone marrow หรือ Clot Blood, Clot Bone marrow ไม่สามารถใช้ในการตรวจโครโมโซมได้



COLLEGE of AMERICAN
PATHOLOGISTS

The College of American Pathologists recognizes

DNA Center Cp Ltd
86924-18-01

As a laboratory demonstrating continuous improvement in quality through participation in 2014 CAP Surveys, EXCEL[®], and/or Anatomic Pathology Education Programs.

Gene N. Herbek, MD, FCAP
President



Certificate of Registration

This certificate has been awarded to

Chromosome Center
(Chromosome Laboratory Center Co., Ltd., DNA Center Co., Ltd.)

100/58 Terdumri Rd., Dusit, Bangkok 10300 Thailand

in recognition of the organization's Quality Management System which complies with

ISO 9001:2008

The scope of activities covered by this certificate is defined below

Cytogenetics Laboratory Service

Certificate Number:

30996/A/0001/UK/En

Date of Issue: (Original)

12 June 2008

Date of Issue:

12 June 2014

Issue No:

4

Expiry Date:

11 June 2017

Issued by:

On behalf of the Schemes Manager





043

URS is a member of Registrar of Standards (Holdings) Ltd.