


ใบ Request สำหรับการตรวจ Platelet antibody

ฝ่ายห้องปฏิบัติการพิเศษ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925

Patient ID.

Sample No.

ชื่อผู้ป่วย(นาย,นาง,น.ส.,อื่น ๆ).....นามสกุล.....HN.....หมู่โลหิต.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....เพศ.....เชื้อชาติ.....
 โรงพยาบาล.....ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....
 โทรสาร(Fax.).....E-mail :

Platelet antibody ☐ Screen for platelet antibody (SPRCA Technique) ☐ Confirmation test for platelet antibody (MACE Technique) สาเหตุและวัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ ☐ สงสัย Alloimmune neonatal thrombocytopenia (ANT) ☐ สงสัย Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ☐ สงสัย Platelet refractoriness ☐ สงสัย Drug-dependent antibody ☐ อื่น ๆ	วันที่ส่งตรวจ ☐ Sample ใหม่เจาะวันที่..... ☐ Sample เก่าส่งเมื่อวันที่.....
Platelet typing ☐ HLA class I typing ☐ HPA DNA typing	
Request for HLA/HPA Crossmatched/matched Single Donor Platelet ☐ HLA/HPA Crossmatched Single donor platelet (SDP)Units. ☐ HLA/HPA matched single donor platelet (SDP) Units. ผู้ป่วยมีผล HLA / HPA typing หมายเหตุ ส่งใบ request พร้อม specimens ที่ HLA Lab ก่อน 13:00 น. ของทุกวันทำการ และส่งใบสั่งจองขอใช้ SDP พร้อมระบุ "HLA cross-match" ที่ห้องรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน โทรสาร. 0-2250-0563	

ประวัติ ผู้ป่วย

Diagnosis..... Platelet count.....

 ประวัติการได้รับเลือด ☐ เคยได้รับเลือดมาแล้ว.....ครั้ง เป็น..... จำนวนunits, ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ เคยได้รับ platelet transfusion มาแล้ว.....ครั้ง จำนวนunits.
 ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

มีประวัติตั้งครรภ์.....ครั้ง

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ ส่งตรวจ ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ☐ Reject เนื่องจาก เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจผู้ตรวจชอบ.....วันที่รับ.....เวลา.....น. ถ้าค้น หมายเหตุ
