



HLA Laboratory, Blood Bank Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital,
Faculty of Medicine, Chiang Mai University Tel. 0-5394-5628 Ext.17 ; Fax 0-5394-6568

Code _____	BONE MARROW INFORMATION FORM	(ติดสติ๊กเกอร์) ชื่อ-สกุล _____ H.N. _____
------------	---	--

1. วัน เดือน ปี.....WARD.....แพทย์.....
2. ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
3. เลขที่บัตรประชาชน..... วัน เดือน ปีเกิด.....
4. เพศ..... 5. เชื้อชาติ..... ภูมิลำเนา.....
6. หมู่เลือด..... ☐ Patient ☐ Donor ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
7. ที่อยู่.....
8. โทรศัพท์ (บ้าน, มือถือ)..... (ที่ทำงาน).....
9. อาชีพ..... 10. เป็นโรคเลือดมานาน.....ปี
11. ประวัติการเป็นโรคเลือดภายในครอบครัว ☐ มี ☐ ไม่มี
12. ประวัติการรับเลือด ☐ เคย จำนวน.....ครั้ง
 ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
 ปฏิกริยาหลังรับเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ไม่เคย
13. ประวัติการตั้งครรภ์.....ครั้ง จำนวนบุตร.....คน
14. ประวัติการปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ เคย ครั้งที่..... ☐ ไม่เคย
 วันที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูก..... ☐ จากญาติ ☐ จากผู้บริจาคทั่วไป
15. Diagnosis ☐ Aplastic anemia ☐ Acute lymphoblastic leukemia
☐ Thalassemia ☐ Acute myelogenous leukemia
☐ Myelodysplastic syndrome ☐ Chronic myelogenous leukemia
☐ Hodgkin's disease ☐ Chronic lymphocytic leukemia
☐ Non-Hodgkin's lymphoma ☐ Radiation accidents
☐ Multiple myeloma ☐ Severe combined immunodeficiency
☐ Wiskott-Aldrich syndrome ☐ Congenital pure red cell aplasia
☐ Solid organ tumors (Breast, Ovarian, Uterus, Neuroblastoma, Lung)
☐ Others.....

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการแปลผลการตรวจ

จนท.ทะเบียนฯ.....จนท.ผู้เจาะเลือด.....
 จนท.ผู้ตรวจทาน.....วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ.....