Down's Syndrome Screening Request

73 (สนธิวัฒนา 3) ซอยลาดพร้าว 110 แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 02-106-6999 ,Fax 02-9351854

BRIA

☐ First Trimester Screening * อายุครรภ์ที่เหมาะสม คือ $10^{+0} - 13^{+6}$ weeks เท่านั้น * (ความแม่นยำ 85% ร่วมกับค่า NT, 65% ถ้าไม่มีค่า NT)

☐ Triple Screening * อายุครรภ์ที่เหมาะสม คือ $14^{+0} - 21^{+6}$ weeks เท่านั้น * (ความแม่นยำ 70%)

☐ Quadruple Screening * อายุครรภ์ที่เหมาะสม คือ $14^{+0} - 21^{+6}$ weeks เท่านั้น * (ความแม่นยำ 85%)

ชื่อ-สกุล (Name-Surname) ☐ Miss (นางสาว) ☐ Mrs. (นาง)

(English) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(ภาษาไทย) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

HN..... โทรศัพท์ (Tel No.) .....

สถานพยาบาล(Hosp./Clinic) .....โทรศัพท์ (Tel No.) .....

วันเดือนปีที่เจาะเลือด (Date Collection) ..... ชื่อแพทย์ (Physician's Name) .....

*** กรุณากรอกรายละเอียดให้ชัดเจนครบทุกข้อ ***

ประวัติ-ข้อมูลผู้ป่วย (Patient's Information)

1. วันเกิด, วว-ดด-ปปปป (Date of Birth, dd-mm-yyyy) .....
2. เชื้อชาติ (Race)
   ☐ ไทย (Thai) ☐ ผิวขาว (White) ☐ ผิวดำ (Black) ☐ เอเชีย (Oriental) ☐ อื่นๆ Others ระบุ .....
3. ประวัติโรคเบาหวาน ชนิด IDDM (History of IDDM) ของผู้ป่วย ☐ ไม่เป็น (No) ☐ เป็น (Yes)
4. น้ำหนักตัวในวันเจาะเลือด (Body Weight) ..... กก. (kg)
5. ประวัติโรค Neural tube defect ในครอบครัว (Family History of NTD)
   ☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes) ☐ ไม่ทราบ (Unknown)
6. ประวัติโรค Down's Syndrome ในบุตรคนก่อนๆ (Previous history of Down's Syndrome)
   ☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes) ☐ ไม่ทราบ (Unknown)
7. วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย, วว-ดด-ปปปป (Last Menstrual Period, dd-mm-yyyy) .....
8. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound Examination)
   ☐ ไม่ได้ทำ (Not done) ☐ ทำ (Done) วันที่ (Done on : dd-mm-yyyy) .....
   จำนวนทารกในครรภ์ (Number of futuses) ☐ ครรภ์เดี่ยว (Singleton) ☐ ครรภ์แฝด (Twins)
   Fetus 1 : CRL = ...mm. / BPD = ...mm. อายุครรภ์ (Gestation age)..... weeks ..... days
   Fetus 2 : CRL = ...mm. / BPD = ...mm. อายุครรภ์ (Gestation age)..... weeks ..... days
9. การตรวจ Nuchal translucency (NT examination) (สำหรับการทดสอบ First Trimester screening เท่านั้น)
   ☐ ไม่ได้ทำ (Not done) ☐ ทำ (Done) วันที่ (Done on : dd-mm-yyyy) .....
   Fetus 1 : NT = ... mm. Fetus 2 : NT .....mm.
10. อายุครรภ์ (Gestation Age) .....weeks.....days โดยวิธี (By)
    ☐ LMP ☐ USG ☐ LMP + USG

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะเจ้าหน้าที่กรุงเทพ อาร์ไอเอ แล็บ เท่านั้น : for laboratory use only)

☐ α - Fetoprotein ..... ng/mL ☐ Inhibin A ..... pg/mL
☐ Unconj. Estriol..... ng/mL ☐ PAPP-A..... ..mIU/L
☐ Free β - HCG .....ng/mL

BRIA. NO.

Reported by .....
Approved by .....
Date .....