



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 certified Cytogenetics Laboratory Service



For DNA Center use only

BARCODE

LAB No.

Cancer Genetics Test Request Form

Patient Information

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

Hospital/Address: _____ Tel.: _____

Referring physician: _____ Date Specimen Collected : _____

Requested by : _____ Date : _____ Time : _____

Specimen type

- Bone marrow (Heparinized BM 3-5 ml.)
- Blood for Leukemia / Oncology Peripheral blood (Heparinized PB 3-5 ml.)
- Tissue (please specified) _____
- Other _____

Reason for Referral

- Initial diagnosis Follow up Post BMT/SCT [Sex of Donor Cells : Male/Female]

Clinical Diagnosis

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|---|
| <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"/> PV | <input type="checkbox"/> Multiple myeloma | <input type="checkbox"/> Leukopenia | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | | | |

Test Requested : (Please check all that apply)

- Chromosome Analysis
- FISH (Other probes available, please contact lab for info)
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> BCR/ABL, t(9;22) | <input type="checkbox"/> PML/RARA, t(15;17) | <input type="checkbox"/> FIP1L1-CHIC2-PDGFR(4q12)Del,Break |
| <input type="checkbox"/> BCL 6 Break apart | <input type="checkbox"/> CBF/ MYH11, t(16;16), inv(16) | <input type="checkbox"/> IGH/MYC, t(8;14) |
| <input type="checkbox"/> ATM (11q22.3) | <input type="checkbox"/> TP53 (17p13.1) | <input type="checkbox"/> DLEU (13q14.3) |
| <input type="checkbox"/> 12cen | <input type="checkbox"/> MYB (6q23.3) | <input type="checkbox"/> 1p32/1q21 |
| <input type="checkbox"/> IGH/BCL, t(14;18) | <input type="checkbox"/> MYEOV/IGH, t(11;14) | <input type="checkbox"/> 5q31/5q33/5p15 |
| <input type="checkbox"/> FGFR3/IGH, t(4;14) | <input type="checkbox"/> EWSR1 | <input type="checkbox"/> Sex-mismatched for post BMT/SCT (XX/XY) |
| <input type="checkbox"/> CLL probe panel | <input type="checkbox"/> MM probe panel | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
- Molecular Genetics Test
- BCR/ABL (p210) quantitation by RQ-PCR method (EDTA PB 12 ml.)
- JAK2 V617F mutation (EDTA BM/PB 3 ml.)

For DNA Center use only

Received Date : _____ Time : _____

Specimen quality:

Container _____ Tube (s) _____ Syringe (s)

Volume : _____ ml.

Remark : _____

Previous report found :

YES NO

Previous LAB No. _____

คำแนะนำในการเก็บสิ่งส่งตรวจ

วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์โครโมโซมจากไขกระดูก (Bone marrow) และ Peripheral blood ของโรคเม็ดเลือดขาว (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/ดูดไขกระดูกประมาณ 3-5 cc. ใส่ใน syringe แล้วปิดปลอกเข็มให้แน่น เขย่าให้เลือด/ไขกระดูก และ Heparin ให้เข้ากัน ปิดปลอกเข็มให้แน่น ส่งตรวจทั้ง syringe

วิธีที่ 2

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

วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อส่งตรวจ Molecular Genetics

เจาะเลือด/ไขกระดูก (ตามปริมาณที่ระบุในแต่ละการตรวจ) เก็บใส่ในหลอดปราศจากเชื้อที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA

- เมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจเสร็จเรียบร้อย ควรส่งทันที โดยรีบแจ้งมายังศูนย์ดีเอ็นเอ เพื่อส่งเจ้าหน้าที่ไปรับ (สิ่งส่งตรวจควรมาถึงศูนย์ฯ ภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังจากเจาะ) ถ้าไม่สามารถส่งได้ทันทีให้เก็บที่ตู้เย็น 4 องศาเซลเซียส ได้นานประมาณ 12 ชม.
- การส่งตรวจทุกครั้งต้องระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการส่งตรวจให้ชัดเจนและมากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Indications, Reason for Referral, Clinical Diagnosis เพื่อ correlate clinical finding กับ laboratory finding