

แบบบันทึกการส่งตัวอย่างเลือดเด็กอายุ 1 ปี เพื่อตรวจยืนยัน Hb Typing  
กรณีมารดาเสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ไม่ได้ตรวจ PND หรือปฏิเสธยุติการตั้งครรภ์

\*\*\*\*\*

ชื่อมารดา .....	หมายเลขบัตรประชาชน .....	
ชื่อบิดา .....	หมายเลขบัตรประชาชน .....	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ	บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....	
ชื่อเด็ก .....	H.N. ....	วันเดือนปีเกิด .....
เสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> Homo Beta-thalassemia ชนิดของมิวเตชัน .....	
	<input type="checkbox"/> Beta-thalassemia/HbE ชนิดของมิวเตชัน .....	
วันเดือนปีที่เจาะเลือด	วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....	
ประวัติการรับเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่เคยรับเลือด	
	<input type="checkbox"/> เคยรับเลือด วันเดือนปีที่รับเลือดครั้งแรก .....	
ประวัติการให้ยาขับเหล็ก	<input type="checkbox"/> ไม่เคยให้ยาขับเหล็ก	
	<input type="checkbox"/> เคยให้ยาขับเหล็ก วันเดือนปีที่ได้รับยาขับเหล็กครั้งแรก .....	
การตรวจร่างกาย	อาการซีด	<input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด
	ตับม้าม	<input type="checkbox"/> ไม่โต <input type="checkbox"/> โต
ผลการตรวจ CBC	RBC ( $\times 10^{12}/L$ )	.....
	Hb (g/dl)	.....
	Hct (%)	.....
	MCV (fL)	.....
	MCH (pg)	.....
	MCHC (g/L)	.....
	RDW (%)	.....
การส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่งต่อ เหตุผล .....	
	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ โรงพยาบาลที่ส่งต่อ .....	
ผู้รายงานข้อมูล .....	ตำแหน่ง .....	
หน่วยงาน .....	เบอร์โทรติดต่อ .....	

\* ถ้าไม่สะดวกในการกรอกข้อมูลผลการตรวจ CBC ให้แนบใบรายงานผลที่ได้จากเครื่องอัตโนมัติ พร้อมเอกสารฉบับนี้