บริษัท ลีดเดอร์ เมดิคอล เจเนติกส์ แอนด์ จีโนมิกส์ จำกัด
LEADER MEDICAL GENETICS AND GENOMICS, CO., LTD.
www.leadermedgene.com
สำนักงานใหญ่ 1131/339 อาคารเทอดดำริ ถนนเทอดดำริห์ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์/โทรสาร : (66)02-668-4535
Head office: 1131/339 Thoet Damri Building, Thoet Damri Road, Kweng Thanonnakornchaisri, Dusit, Bangkok 10300 Tel./Fax. : (66)02-668-4535

Sample Barcode	Hospital Sticker

LeaderNIPT

1.ข้อมูลผู้ป่วย/ Patient Information
ชื่อ (First Name) …….. สกุล (Last Name)……
HN …….. รพ.(Hospital)…….
วันเดือนปีกิด (DOB)……. อายุ (Age)…..Years
น้ำหนัก (Weight) …..Kg ส่วนสูง (Height)…..cm
ที่อยู่(Address)……..……
……..
อีเมล์ (E-mail).....เบอร์โทรศัพท์ (Phone).....
แพทย์ผู้ส่งตรวจ (Ordering Physician)…….
อีเมล์ (e-mail)……..เบอร์โทรศัพท์ (Phone).....

2. ใบแสดงความยินยอมของผู้ป่วย (Patient Informed Consent)
ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดี ถึงการตรวจวินิจฉัยนี้ ว่าเป็นการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซม 13, 18, 21 ของบุตรในครรภ์ผ่านดีเอ็นเอของทารกที่หลั่งออกมาในน้ำเลือดมารดาเท่านั้น การวิเคราะห์โครโมโซม X และ Y เป็นทางเลือกในครรภ์เดี่ยวเท่านั้น ข้าพเจ้าได้มีโอกาสอภิปรายถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจวินิจฉัย ความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับบุคากรทางการแพทย์ก่อนที่จะตกลงเข้ารับการตรวจคัดกรองด้วย LeaderNIPT ทั้งนี้ได้ลงลายมือไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการยอมรับการตรวจครั้งนี้ด้วย
I understand that this test is the screening for trisomy of chromosome 13, 18 and 21 relying on the fetal cell-free DNA in maternal plasma only. X and Y chromosome analysis is an option for singleton pregnancy. I have a chance to discuss the purpose, risk and impact of this test with the healthcare personnel thoroughly. I hereby give my signature as the consent for LeaderNIPT testing.
ลายมือชื่อ (signature)……. วันที่ (Date)…… (ผู้ป่วย/ Patient)
ลายมือชื่อ (signature)……. วันที่ (Date)…….. (พยาน/witness)

3. คำแถลงของแพทย์ผู้ดูแลหรือผู้มีอำนาจในการขอความยินยอม (Physician's Statement)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้ให้คำปรึกษาแนะนำกับผู้ป่วย หรือ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย ได้เข้าใจหลักการตรวจทางพันธุกรรม วัตถุประสงค์การตรวจวินิจฉัย ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงในการตรวจ ตลอดถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยี ข้าพเจ้าได้ให้ความกระจ่างกับผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ก่อนที่จะทำการขอความยินยอมในการตรวจจากผู้ป่วย

I confirm that genetic counseling was done concerning the purpose, benefit, risk and limitation of the technology. I clearly give the information to my patient before ordering this test.

ลายมือชื่อ (signature)..... วันที่ (Date).....

(แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา/Physician)

4. ข้อมูลการตรวจ (Require Test Information)

☐☐LeaderNIPT for chromosome 13, 18, 21

☐ LeaderNIPT for chromosome 13, 18, 21, X, Y (for singleton ONLY)

วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ/Blood Draw Date: .....

จำนวนทารกในครรภ์ (no.of fetus) ☐☐1☐☐☐2 ☐☐>2 ไม่สามารถใช้วิธีตรวจนี้ได้ (please cancel this test)

อายุครรภ์/Gestational Age: .....สัปดาห์/Weeks.....วัน/Days (ต้องไม่น้อยกว่า 10 สัปดาห์เต็ม)

วันที่ทำการตรวจ/Measure on ..... โดยวิธี /by ☐ U/S ☐ LMP ☐ IVF

ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ..... กำหนดคลอด (EDC) .....

มีการใช้ไข่บริจาค (egg donor) ☐☐ใช่ (yes) ☐☐ไม่ (no)

มีการรับเลือดในช่วง 120 วันที่ผ่านมา (previous blood transfusion within 120 days)

☐☐ใช่ (yes) ไม่สามารถใช้วิธีตรวจนี้ได้ (please cancel this test)

☐☐ไม่ (no)

ข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Clinical Indication) ถ้าเป็นข้อบ่งชี้ 3, 4, 5 กรุณาพิจารณาทางเลือกอื่นในการคัดกรองที่ไม่ใช่ LeaderNIPT เช่น การเจาะตรวจน้ำคร่ำ

If No. 3, 4, 5 was checked, please consider another screening method apart from LeaderNIPT such as amniocentesis.

☐ 1.คัดกรองระหว่างตั้งครรภ์ทั่วไป (antenatal screening)

☐ 2.มารดาอายุมากกว่า 35 ปี (Advance maternal age >35)

☐ 3.พบความเสี่ยงสูงการคัดกรองทางชีวเคมีเบื้องต้น (High-risk maternal serum screen)

☐4.พบความผิดปกติของการตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound abnormality)

☐ 5. อื่นๆ (โปรดระบุ) other (Specify) .....

For office use only

☐ Complete requisition form ☐Complete inform consent

Date specimen received..... Sample ID .....

Staff's signature :.....