

REQUEST FOR FURTHER DNA BASED DONOR TYPING

Patient Data (กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน):

คำนำหน้าชื่อ (Title)	ชื่อ (First name)	นามสกุล (Last name)	Patient ID number: (assigned by patient's registry)
Patient registry:			Patient ID number: (assigned by donor's registry)
Diagnosis:			Date of Birth: (DD-MM-YYYY)

PATIENT HLA (Used to summarize the HLA match results against the donor): please select the option below

- ☐ แนบผล HLA typing ผู้ป่วย (Attached the patient's HLA report)
- ☐ ขอให้ HLA Lab ค้นหาผลให้ เนื่องจากผู้ป่วยเคยส่งตรวจ HLA typing ที่ NBC (Request HLA report from NBC's lab)

Please Specify the HLA typing requested (กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน):

☐ Intermediate Resolution ☐ ติดตามผู้บริจาคทีละรายตามลำดับ ☐ ติดตามผู้บริจาคและส่งตรวจพร้อมกัน ราย									
ลำดับ	Donor GRID. ที่ต้องการส่งตรวจ	A	B	C	DRB1	DQB1	DRB3/4/5	DPB1	
1.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ High Resolution ☐ ติดตามผู้บริจาคทีละรายตามลำดับ ☐ ติดตามผู้บริจาคและส่งตรวจพร้อมกัน ราย									
ลำดับ	Donor GRID. ที่ต้องการส่งตรวจ	A	B	C	DRB1	DQB1	DRB3/4/5	DPB1	
1.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ Verification Typing ☐ ติดตามผู้บริจาคทีละรายตามลำดับ ☐ ติดตามผู้บริจาคและส่งตรวจพร้อมกัน ราย									
(Standard = HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 High Resolution* + Infectious markers) *กรณีขอส่งตรวจ HLA เพิ่มนอกเหนือจาก standard จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โปรดเลือกตำแหน่งที่ต้องการส่งตรวจเพิ่ม									
ลำดับ	Donor GRID. ที่ต้องการส่งตรวจ	DRB3/4/5	DPB1						
1.		☐	☐	หมายเหตุ : กรณี request Verification Typing (VT) ผู้บริจาค ผู้ป่วยต้องมีผล HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 ระดับ High Resolution (HR) เพื่อใช้สรุปผลเทียบกับผู้บริจาค					
2.		☐	☐						
3.		☐	☐						
4.		☐	☐						
5.		☐	☐						

Requested hospital (กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน):

โรงพยาบาล:	Requested date:
แพทย์ผู้ให้การรักษา:	ผู้ประสานงาน:
โทรศัพท์:	E-mail:

Payment Information (กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน): ☐ ผู้ป่วยชำระเงินสด/เงินโอน ☐ เครดิต เงินเชื่อกับโรงพยาบาล ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

ชื่อ-นามสกุล:	ความสัมพันธ์:
โทรศัพท์:	ที่อยู่:
E-mail:	