



**LABORATORY REQUEST FORM**  
**PCT LABORATORY SERVICE CO.,LTD**

375 Soi Jaransanitwong 67, Jaransanitwong Rd., Bangplad, Bangkok 10700  
Tel. (662)-881-0424-7 Fax. (662)-881-0428  
LAB Online : www.pctlab.com/raxcheckpoint

For PCT LAB Use only  
(Press order Label)

TFM-SAM-020 Rev. 001  
Effective date: 01-03-2015

Hospital / Clinic.....  
Name.....  
Gender  Male  Female      HN / AN.....  
Age.....years      Ward.....  
Specimen collection Date/time.....  
Physician.....

**For PCT LAB Use only**

Acceptable :  
 Yes  
 No : Comment.....  
Signature.....  
Date / Time received : .....

Specimen collection Date..... time.....  **STAT TEST (date/time request)**.....  
Specimen [ ] Serum      [ ] Heparin Blood      [ ] Heparin Bone marrow      [ ] Amniotic fluid

**Down's Syndrome & NTD Risk Assessment**

- [ ] Chromosome study from Blood
- [ ] Chromosome study from Amniotic fluid
- [ ] Chromosome study from Amniotic fluid + AFP
- [ ] Chromosome study from Tissue (ติดต่อห้องแล็บก่อนส่งตรวจ)
- [ ] Double markers (PPAP-A, Free B-HCG)      (GA : 10<sup>+0</sup> - 13<sup>+6</sup>)
- [ ] Triple markers (AFP, Free B-HCG, uE3)      (GA : 14<sup>+0</sup> - 21<sup>+6</sup>)
- [ ] Quad Test (AFP, Free B-HCG, uE3, Inhibin A)      (GA : 14<sup>+0</sup> - 21<sup>+6</sup>)

เงื่อนไขเฉพาะการส่งตรวจ  
Double Marker, Triple Markers, Quad Test

CRL=33.4-83.9 mm.(10 <sup>+0</sup> -13 <sup>+6</sup> wks)
BPD =26.4-55.4 mm.(14 <sup>+0</sup> -22 <sup>+6</sup> wks)
Reject : GA < 10 <sup>+0</sup> wks หรือ > 22 <sup>+6</sup> wks

**Patient Information (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน)**

Reason for analysis : .....  
Description of abnormality : .....  
Clinical finding : .....  
.....  
.....

- 1\*. วัน เดือน ปี เกิด : .....
  - 2. เชื้อชาติ : [ ] Thai [ ] Chinese [ ] อื่น .....
  - 3. ประวัติโรคเบาหวาน : [ ] มี [ ] ไม่มี
  - 4\*. วันที่เจาะเลือด : .....
  - 5\*. น้ำหนักตัวในวันเจาะเลือด : .....
  - 6. ประวัติโรคหลอดเลือดประสาทไม่ปิด (NTD) : [ ] ไม่มี [ ] มี
  - 7. ประวัติคลอดลูกปัญญาอ่อนในครอบครัว : [ ] ไม่มี [ ] มี
  - 8\*. ประวัติการตั้งครรภ์จากการผสมเทียม (Egg) : [ ] ไม่มี [ ] มี
  - Donor's date of birth : .....
  - 9\*. การตั้งครรภ์ : [ ] ครรภ์เดียว [ ] แผลสอง [ ] อื่น.....
  - 10. วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) : ..... อายุครรภ์ที่คำนวณจาก LMP : .....สัปดาห์ .....วัน
  - 11\*. อายุครรภ์ตรวจวัดด้วย Ultrasound : [ ] ทำ วันที่ : ..... [ ] ไม่ได้ทำ
- BPD ..... mm .....สัปดาห์ ..... วัน      FL ..... mm .....สัปดาห์ ..... วัน  
CRL ..... mm .....สัปดาห์ ..... วัน      NT ..... mm

\*ต้องกรอกรายละเอียดหัวข้อ 1, 4, 5, 8, 9, 11 ในรายการทดสอบ Double markers, Triple markers & Quad test ทุกครั้ง

Note :