

แนวทางการบริหารจัดการ
ป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2562 (เพิ่มเติม)

1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
- 1.2. เพื่อลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์

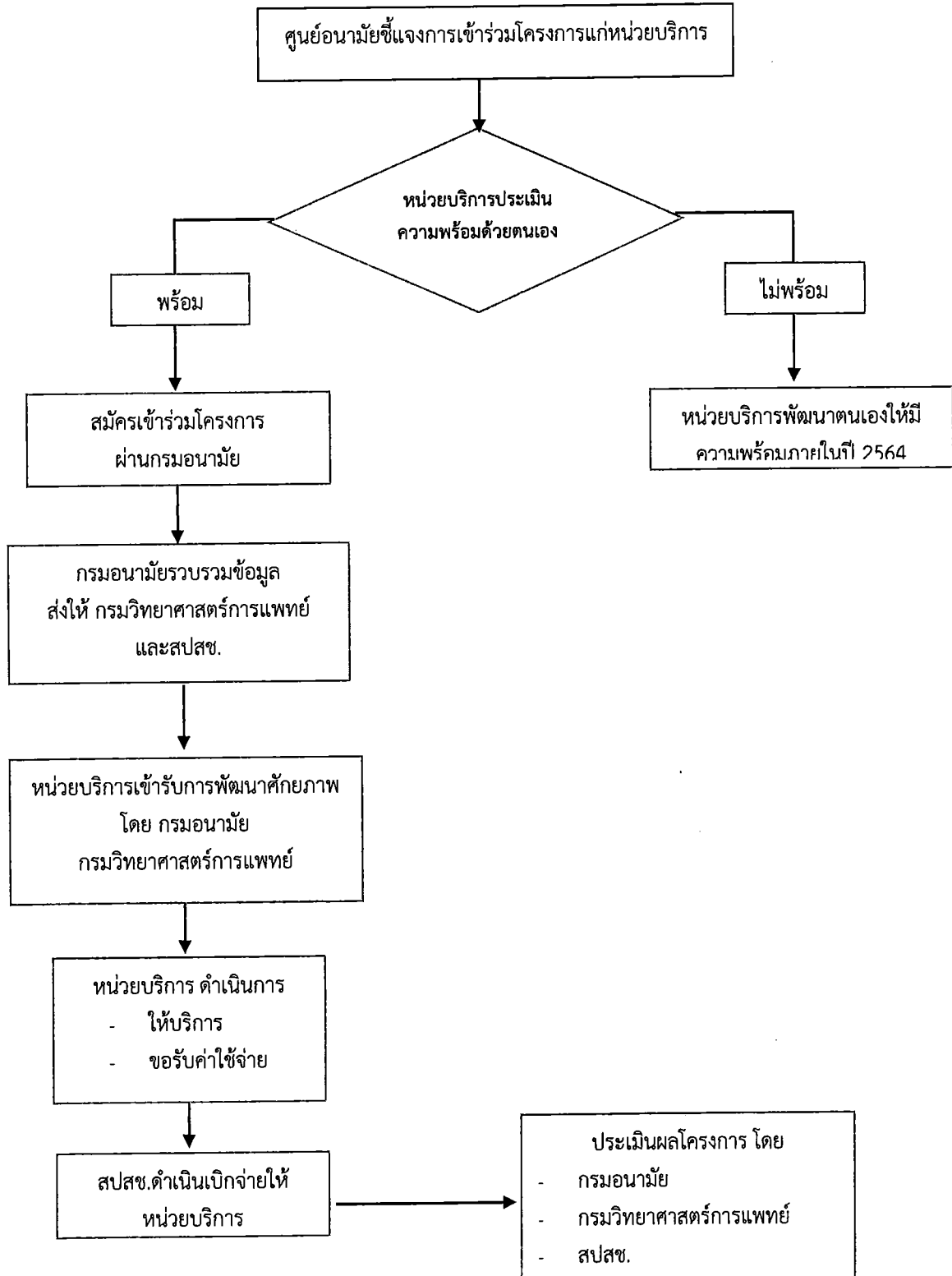
2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ

3. แนวทาง เจือจาง และอัตราการจ่าย การให้บริการ

- 3.1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
- 3.2. อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้
 - 3.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 3.2.1.1 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A) รายละเอียด 1,200 บาท
รายชื่อหน่วยบริการที่รับการตรวจคัดกรอง Quadruple test
 - 1) รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - 2) รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
 - 3) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์
 - 4) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 5) รพ.ขอนแก่น
 - 6) รพ.สรรพสิทธิประสงค์
 - 7) รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - 8) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - 3.2.1.2 การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ รายละเอียด 2,500 บาท
 - 3.2.2 การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ อย่างไม่อย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ราคา 2,500 บาทต่อราย
 - การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ
 - การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)
 - 3.2.3 การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย
 - 3.2.4 ค่าการเจาะเลือดปัสสาวะ อัตรามาจ่าย 100 บาท และค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตรามาจ่าย 100 บาทต่อราย

ขั้นตอนการดำเนินงานเข้าร่วม
โครงการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์



แบบประเมินความพร้อม

การเข้าร่วมโครงการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาข่าย ในหญิงตั้งครรภ์ ประเภท ก

หัวข้อการประเมิน	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1. ด้านบุคลากร	<p>1.1 มีสูติแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการวินิจฉัย การทำคลอดการวินิจฉัยทารกในครรภ์ และ/หรือการยุติการตั้งครรภ์</p> <p>1.2 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการให้การปรึกษากลุ่มอาการตาข่ายในหญิงตั้งครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ปกติ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>1.3 มีผู้ให้การปรึกษา อาทิ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ การให้การปรึกษาที่เพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี โดยให้ความรู้ คำแนะนำ การตรวจกรองกลุ่มอาการตาข่าย เมื่อผลการตรวจพบความเสี่ยงสูง ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และเมื่อผลการตรวจยืนยันโครโมโซม หากพบว่ามีความผิดปกติ กรณีสมัครใจรับการยุติการตั้งครรภ์ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์และสามี ต้องการฝากครรภ์ต่อ ต้องได้รับการเตรียมเตียงดูทารกแรกเกิดผิดปกติกลุ่มอาการตาข่าย หรือความผิดปกติของโครโมโซมชนิดอื่น ๆ รวมถึงการส่งต่อทารกที่ผิดปกติเพื่อเข้ารับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>1.4 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ต้องมีนักเทคนิคการแพทย์ ที่ได้รับการอบรมความรู้และฝึกทักษะ ในการเก็บ เก็บรักษา และส่งสิ่งส่งตรวจ อย่างถูกต้อง</p> <p>1.5 มีผู้จัดการเครือข่าย ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อเชื่อมโยงระบบบริการ การรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>			
2. ด้านระบบบริการ	<p>2.1 มีแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาข่าย ตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 ร่วมกันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสหวิชาชีพ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น</p> <p>2.2 มีการจัดระบบการให้การปรึกษา การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี</p>			

หัวข้อการประเมิน	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ	
๒. ด้านระบบบริการ	๒.๓ มีการตรวจ Ultrasound เพื่อยืนยันอายุครรภ์				
	๒.๔ มีบริการเจาะเลือดตรวจกรอง ปันแยกเลือด เพื่อจัดเก็บซีรัม/ส่งตรวจ				
	๒.๕ มีบริการเจาะน้ำคร่ำ/รับส่งต่อเจาะน้ำคร่ำ/ส่งตรวจโครโมโซม บริการยุติการตั้งครรภ์				
	๒.๖ มีการบันทึก หลักฐาน และลงนามของหญิงตั้งครรภ์สมัครใจ ยินยอม (Informed consent) ในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ ทุกกราย				
	๒.๗ มีการจัดระบบบริการรองรับการรับส่งต่อ และรับกลับจากหน่วยบริการ และการประสานงานในเครือข่าย				
	๓. ด้านอาคารสถานที่	๓.๑ มีห้องแยกเป็นสัดส่วนในการจัดบริการ (อาจจัดสถานที่หรือวันให้บริการแยกเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง)			
		๓.๑.๑ สถานที่ให้บริการปรึกษา			
๓.๑.๒ ห้องตรวจครรภ์					
๓.๑.๓ ห้องตรวจภายใน					
๓.๑.๔ ห้องเจาะน้ำคร่ำ					
๔. ด้านระบบข้อมูล	๓.๒ มีอุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วน เพียงพอ และพร้อมใช้งาน เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องซิงก์น้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต ทุฟ่ง สายวัดมดลูก เครื่อง NST Doppler อุปกรณ์ในการเจาะน้ำคร่ำ การยุติการตั้งครรภ์ และอื่น ๆ ตามความจำเป็น				
	๔.๑ มีอุปกรณ์ Hardware, Software, Peopleware, ครบถ้วน				
	๔.๒ มีการกำหนดช่องทาง การรายงานผลการตรวจแก่หน่วยบริการในเครือข่าย ทั้งในภาวะปกติและเร่งด่วน เช่น โทรศัพท์, line, E-mail, Fax, โปรแกรมสำเร็จรูปที่กำหนด				
	๔.๓ มีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูล และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการในเครือข่าย ที่บันทึกข้อมูลส่งต่อ รับข้อมูล การรายงานผล ตามที่ สปสช. กำหนด เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรอง, การทำหัตถการวินิจฉัย ทารกในครรภ์, การรายงานผลตรวจโครโมโซม, การยุติการตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์ต่อ เพื่อรับการชดเชย				

แบบประเมินความพร้อม

การเข้าร่วมโครงการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาข่าย ในหญิงตั้งครรภ์ ประเภท ข

หัวข้อการประเมิน	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1. ด้านบุคลากร	<p>1.1 มีแพทย์ที่ได้รับการอบรมการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาข่าย</p> <p>1.2 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการให้การปรึกษากลุ่มอาการตาข่ายในหญิงตั้งครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ปกติ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>1.3 มีผู้ให้การปรึกษา อาทิ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ การให้การปรึกษาที่เพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี โดยให้ความรู้ คำแนะนำ การตรวจกรองกลุ่มอาการตาข่าย เมื่อผลการตรวจพบความเสี่ยงสูง ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และเมื่อผลการตรวจยืนยันโครโมโซม หากพบมีความผิดปกติ กรณีสมัครใจรับการยุติการตั้งครรภ์ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์และสามี ต้องการฝากครรภ์ต่อ ต้องได้รับคำแนะนำและการเตรียมเสียสตูดทารกแรกเกิดผิดปกติกลุ่มอาการตาข่าย หรือความผิดปกติของโครโมโซมชนิดอื่นๆ รวมถึงการส่งต่อทารกที่ผิดปกติเพื่อขอรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>			
2. ด้านระบบบริการ	<p>2.1 มีแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาข่าย ร่วมกันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในสหวิชาชีพ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น</p> <p>2.2 มีการจัดระบบการให้การปรึกษา การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี</p> <p>2.3 มีการตรวจ Ultrasound เพื่อยืนยันอายุครรภ์</p> <p>2.4 มีบริการเจาะเลือดตรวจกรอง ปันแยกเลือด เพื่อจัดเก็บซีรัม/ส่งตรวจ</p> <p>2.5 มีการบันทึก หลักฐาน และลงนามของหญิงตั้งครรภ์สมัครใจ ยินยอม (Informed consent) ในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ ทารกชาย</p> <p>2.6 มีการจัดระบบบริการรองรับการส่งต่อ และรับกลับจากหน่วยบริการ และการประสานงานในเครือข่าย</p>			

หัวข้อการประเมิน	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๓. ด้านอาคารสถานที่	๓.๑ มีห้องแยกเป็นสัดส่วนในการจัดบริการ			
	๓.๒ มีอุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วน เพียงพอ และพร้อมใช้งาน เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต ตู้ฟิง สายวัดมดลูก เครื่อง NST Doppler อุปกรณ์ และอื่น ๆ ตามความจำเป็น			
๔. ด้านระบบข้อมูล	๔.๑ มีอุปกรณ์ Hardware, Software, Peopleware, ครบถ้วน			
	๔.๒ มีการกำหนดช่องทาง การรับรายงานผลการตรวจ ทั้งในภาวะปกติและเร่งด่วน เช่น โทรศัพท์, line, E-mail, Fax, โปรแกรมสำเร็จรูปที่กำหนด			
	๔.๓ มีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูล และสามารถให้ข้อมูลร่วมกับหน่วยบริการในเครือข่าย ที่บันทึกข้อมูลส่งต่อ รับข้อมูล การรายงานผล ตามที่ สปสข.กำหนด เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรอง, การทำหัตถการวินิจฉัยทางการแพทย์, การรายงานผลตรวจโครโมโซม, การยุติการตั้งครรภ์ หรือ ตั้งครรภ์ต่อ เพื่อรับการชดเชย			

การเก็บและนำส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome)

1. ชื่อการทดสอบ

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome)

2. ข้อบ่งชี้การตรวจ

2.1. หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ช่วงอายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ (ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

2.2. หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี ช่วงอายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ (เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยส่งตรวจ)

3. การส่งตรวจและการรายงานผล

วิธีวิเคราะห์	ชนิดตัวอย่าง	ปริมาณ	การนำส่ง	ค่าตรวจ (บาท/ตัวอย่าง)	ระยะเวลา (วันทำการ)	การรายงานผล
Quadruple test	ซีรัม	1-2 มิลลิลิตร	1. เก็บรักษาซีรัมที่อุณหภูมิ 2-8°C และนำส่ง ภายใน 48 ชั่วโมง 2. กรณีส่งตัวอย่างเกิน 48 ชั่วโมง ให้เก็บรักษาซีรัมที่อุณหภูมิต่ำกว่า -20°C ก่อนการส่งต่อ	1,200	5	ความเสี่ยงต่ำ (Low Risk), ความเสี่ยงสูง (High Risk)

4. สิ่งรบกวนต่อการวิเคราะห์

4.1 ซีรัมมีลักษณะขุ่น (lipemic)

5. ข้อแนะนำการเก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่าง

5.1 สถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก

5.1.1. เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำโดยวิธีหลอดเลือดซี่มือ ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ใส่หลอดบรรจุตัวอย่าง จากนั้นปั่นแยกเฉพาะซีรัมภายใน 2 ชั่วโมงหลังเจาะเลือด โดยปั่นที่ความเร็ว 3,000 rpm นาน 10-15 นาที จากนั้นดูดซีรัมปริมาณ 1-2 ml ใส่ในหลอดบรรจุตัวอย่างขนาด 12x75 mm. ปิดให้แน่น ปิดป้ายระบุชื่อนามสกุลผู้ป่วย วันที่เจาะเลือด และระบุรายการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นเก็บรักษาซีรัมในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8°C ก่อนนำส่ง

5.1.2. กรอกข้อมูลลงในแบบนำส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม สปสช.

5.1.3. นำส่งตัวอย่างซีรัมภายใน 48 ชั่วโมง ไปยังห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด หรือตามที่แต่ละจังหวัดกำหนด โดยควบคุมอุณหภูมิ 2-8°C พร้อมแนบแบบนำส่งตัวอย่าง

หมายเหตุ: กรณีที่สถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก ประสงค์ส่งตรวจโดยตรงมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ให้นำส่งตัวอย่างซีรัมภายใน 48 ชั่วโมง โดยควบคุมอุณหภูมิ 2-8°C พร้อมแนบแบบนำส่งตัวอย่าง

5.2 ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด หรือตามที่แต่ละจังหวัดกำหนด

5.2.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากสถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก

5.2.2. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของตัวอย่าง และแบบนำส่งตัวอย่าง

5.2.3. จัดเก็บตัวอย่างซีรัมที่ตู้แช่แข็งอุณหภูมिन้อยกว่า -15 °C ถึง -20°C ก่อนการส่งต่อ

5.2.4. ประสานศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อจัดระบบ Logistic รับตัวอย่าง

5.3 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์และระบบ Logistic

5.3.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด หรือตามที่แต่ละจังหวัดกำหนด ในวันและเวลาที่ได้ประสานและตกลงกัน โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์รับผิดชอบค่าใช้จ่ายระบบ Logistic กรณีตัวอย่างส่งตรวจเท่ากับหรือมากกว่า 10 ตัวอย่างต่อครั้งเท่านั้น

5.3.2. ระบบ Logistic ส่งตัวอย่างซีรัม โดยการควบคุมอุณหภูมिन้อยกว่า -15 °C ถึง -20°C พร้อมแนบแบบนำส่งตัวอย่าง ถึงศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ ภายใน 60 ชั่วโมง

6. ข้อควรระวัง

-

7. วันและเวลาที่ทำการตรวจวิเคราะห์

วันทำการ จันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 8.30 ถึง 16.30 น.

8. เกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่าง

8.1 ซีรัมมีลักษณะขุ่น (lipemic)

8.2 ปริมาณตัวอย่างซีรัมน้อยกว่า 1 มิลลิลิตร

8.3 มีการรั่วซึมของตัวอย่างออกนอกภาชนะบรรจุ

8.4 ข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่ตรงเอกสารนำส่ง

9. ผู้ประสานงาน

นายเจตน์ วันแต่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ มือถือ 097 174 3797

นางสาวพรนภา คำพันธ์ นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ มือถือ 081 566 9770

ต้นฉบับ

แบบส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยวิธี Quadruple test

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ 0 5624 5618 ถึง 20 ต่อ 315 โทรสาร 0 5624 5617

หมายเลขวิเคราะห์ -

ข้อมูลหน่วยงานที่ส่งตรวจ

รหัสหน่วยงาน.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

แพทย์/ผู้ส่งตรวจ.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ (มีความสำคัญมากต่อการแปลผล)

ชื่อ - นามสกุล.....HN.....เชื้อชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก -----

วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.)อายุ.....น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ที่อยู่.....

.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

ประวัติการตั้งครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....อายุครรภ์ (GA)สัปดาห์.....วัน นับตาม LMP หรือ U/S

ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)วันกำหนดคลอด (EDC)

การตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound Examination) - ตรวจวันที่.....

จำนวนทารกในครรภ์ ครรภ์เดียว แผลดสอง อื่น ๆ

BPD mm =Weeks.....days

CRL mm =Weeks.....days

การเจาะเก็บตัวอย่างเลือด (ไตรมาสที่ 2 ช่วง 14-18 สัปดาห์)

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดเวลา.....

วัน/เดือน/ปี ที่ปั่นแยกซีรัมเวลา..... (ปั่นแยกซีรัม ปริมาณไม่น้อยกว่า 1 ml.)

ประวัติเพิ่มเติม	มี	ไม่มี
1. ประวัติคลอดบุตรกลุ่มอาการดาวน์		
2. ประวัติคลอดบุตรผิดปกติทางโครโมโซม (Trisomy 13, 18, etc)		
3. ประวัติคลอดบุตรโรคหลอดเลือดประสาทไม่ปิด (Neural tube defect)		
4. เบาหวานที่รักษาด้วย insulin ในการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบัน		
5. ตั้งครรภ์จากการผสมเทียม		
6. ประวัติสูบบุหรี่		

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีความสำคัญต่อความแม่นยำในการแปลผลการตรวจวิเคราะห์

การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม สปสช. บันทึกแล้ว วันที่..... ผู้บันทึก.....

ไม่บันทึก เพราะ ไม่ใช่สิทธิ์ อื่น ๆ

สำหรับบุคลากรศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

ผู้รับตัวอย่าง.....วัน/เดือน/ปี ที่รับตัวอย่าง.....เวลา.....

แนวทางการเก็บตัวอย่างส่งตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน ด้วยวิธี Quadruple test

ข้อแนะนำการเก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่าง

1 สถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก

1.1. เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำโดยวิธีปลอดเชื้อ ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ใส่หลอดบรรจุตัวอย่าง จากนั้นปั่นแยกเฉพาะซีรัมภายใน 2 ชั่วโมงหลังเจาะเลือด โดยปั่นที่ความเร็ว 3,000 rpm นาน 10-15 นาที จากนั้นดูดซีรัมปริมาณ 1-2 ml ใส่ในหลอดบรรจุตัวอย่างขนาด 12x75 mm. ปิดให้แน่น ปิดป้ายระบุชื่อนามสกุลผู้ป่วย วันที่เจาะเลือด และระบุรายการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นเก็บรักษาซีรัมในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8°C ก่อนนำส่ง

1.2. กรอกข้อมูลลงในแบบนำส่งตัวอย่างตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน และบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม สปสช.

1.3. นำส่งตัวอย่างซีรัมภายใน 48 ชั่วโมง ไปยังห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัดโดยควบคุมอุณหภูมิ 2-8°C พร้อมแนบแบบนำส่งตัวอย่าง

2 ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด

2.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากสถานพยาบาลรับฝากครรภ์ /โรงพยาบาล /คลินิก

2.2. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของตัวอย่าง และแบบนำส่งตัวอย่าง

2.3. จัดเก็บตัวอย่างซีรัมที่ตู้แช่แข็งอุณหภูมिन้อยกว่า -20°C ก่อนการส่งต่อ

3 บริษัทบริการขนส่งตัวอย่าง

3.1. รับตัวอย่างส่งต่อจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประจำจังหวัด อาทิแต่ละ 1-5 วัน (ขึ้นอยู่กับปริมาณตัวอย่าง) ในเวลา 15.00 น.

3.2. ส่งตัวอย่างซีรัม โดยการควบคุมอุณหภูมिन้อยกว่า -20°C พร้อมแบบนำส่งตัวอย่าง ถึงศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ ภายใน 60 ชั่วโมง

เกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่าง

1 ซีรัมมีลักษณะขุ่น (lipemic)

2 ปริมาณตัวอย่างซีรัมน้อยกว่า 1 มิลลิลิตร

3 มีการรั่วซึมของตัวอย่างออกนอกภาชนะบรรจุ

4 ข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่ตรงเอกสารนำส่ง

หน่วยงานรับผิดชอบ

งานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

เลขที่ 267 หมู่ 8 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

โทรศัพท์ 0 5624 5618 ถึง 20 ต่อ 315 โทรสาร 0 5624 5617

ผู้ประสานงาน

นายเจตน์ วันแต่ง มือถือ 097 174 3797

นางสาวพรนภา คำพันธ์ มือถือ 081 566 9770