



Case Number: _____

1. PATIENT INFORMATION (ข้อมูลคนไข้)

Form must be filled out in English only (กรุณากรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด)

Patient's Name(ชื่อคนไข้) : _____ H.N. : _____

DOB(วันเกิด) : _____ (dd:mm:yyyy) Weight(น้ำหนัก) : _____ Kg(กิโลกรัม) Height(ส่วนสูง) : _____ cm(ซม.)

Gestational Age(อายุครรภ์) : _____ weeks(สัปดาห์) _____ days(วัน) (Gestational Age must be greater than 9 weeks 0 days/อายุครรภ์ต้องไม่น้อยกว่า 9 สัปดาห์ 0 วัน)

Blood Draw Date (วันที่เก็บตัวอย่าง) : _____ (dd:mm:yyyy) Time (เวลา) : _____ (hh:mm)

Patient's Email / Tel. (อีเมลล์ / โทรศัพท์ คนไข้) : _____

2. HOSPITAL / CLINIC INFORMATION (ข้อมูลโรงพยาบาล/คลินิก)

Hospital / Clinic (โรงพยาบาล/คลินิก) : _____ Ordering Doctor(แพทย์ผู้สั่ง) : _____

Email (อีเมลล์แพทย์) : _____ Tel.(โทรศัพท์แพทย์) : _____

3. PREGNANCY INFORMATION (ข้อมูลการตั้งครรภ์ของคนไข้)

3.1. IVF conceived pregnancy(คนไข้ได้ตั้งครรภ์โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หรือไม่) No(ไม่) Yes(ใช่) ถ้า YES ทำข้อ 3.1.1-3.1.2

3.1.1. Age of oocyte owner at egg retrieval(อายุของเจ้าของไข่ขณะเก็บไข่) : _____ IUI IVF ICSI Others _____

3.1.2. #of Embryo transfer (จำนวนตัวอ่อนที่ถูกย้าย) : _____

3.2. Is this a twin pregnancy ?(คนไข้ได้ตั้งครรภ์แฝดหรือไม่)

No(ไม่) Yes - Monochorionic(ไข่-รกเดี่ยว) Yes-Dichorionic(ไข่-รกกู่) Yes-Unsure(ใช่-ไม่แน่ใจ)

3.3. Does the patient have a surrogate or egg donor pregnancy ? No(ไม่) Yes(ใช่)

(คนไข้ที่ตั้งครรภ์เป็นแม่อุ้มบุญหรือตั้งครรภ์โดยใช้ไข่บริจาคหรือไม่)

We do NOT accept vanishing twin, higher order multiple gestation pregnancies, or twins conceived using a surrogate or egg donor.

(ทางบริษัทไม่รับตัวอย่างที่เป็น vanishing twin หรือเป็นครรภ์แฝดที่มากกว่า 2 คนเป็นต้นไปหรือครรภ์แฝดที่เกิดจากการใช้ไข่บริจาคหรือแม่อุ้มบุญ)

4. TEST OPTION (ประเภทของการตรวจ)

THAILAND USA

PANORAMA PRENATAL BASIC PANEL (chromosomes 13, 18, 21, X&Y ; Triploidy)

PANORAMA PRENATAL PANEL + 22q11.2 DELETION (Chromosomes 13, 18, 21, X&Y ; Triploidy ; 22q11.2 deletion)

PANORAMA EXTENDED PANEL

(Chromosomes 13, 18, 21, X & Y; Triploidy; 22q11.2 deletion; 1 p36 deletion; Cri du chat, Angelman & Prader - willi syndrome)

The patient would like to have the sex of the fetus included in the report

(คนไข้ต้องการให้รายงานเพศของทารกในครรภ์ในใบรายงานผล)

5. LABORATORY USE ONLY

Specimen received: 2 Tube Others _____ Volume: _____ ml, _____ ml

Appearance: Normal Hemolysis Clot Logistics: Messenger Bus Kerry TNT Others _____

Temperature Monitoring System : Pass Fail N/A Collection kit lot : _____ Tubes exp : _____

Date / Time received : _____ Kit sent on : _____ Received by : _____