

แบบฟอร์มคำขอตรวจ
Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University
(draft version 1.0 วันที่ 5 เดือนมีนาคม พ.ศ.2568)

รายการตรวจ	หน้า
NMDX 01: I-131 WBS	2
NMDX 02: MIBI Whole Body Scan	3
NMDX 06: Parathyroid scan	4
NMDX 07: Thyroid uptake / Thyroid scan	6
NMDX 09: Tc-99m MIBI for myocardial perfusion scan	8
NMDX 12: Lymphatic Scan	10
NMDX 13: Tc-99m Pyrophosphate scan for cardiac amyloidosis	11
NMDX 17: Meckel Scan	13
NMDX 18: Hepatobiliary Scan	14

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 01: I-131 WBS

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล HN
ชื่อแพทย์เจ้าของไข้ เบอร์โทร
โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- เพื่อประเมิน residual functioning thyroid tissue และ tumor staging ภายหลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์
- เพื่อติดตามผลการกลืนแร่ทำลายเซลล์ไทรอยด์ (RAI ablation)
- เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งไทรอยด์ในผู้ป่วยที่มีค่า thyroglobulin และ/หรือ anti-thyroglobulin สูงขึ้น
- เพื่อติดตามผลการกลืนแร่ในผู้ป่วยที่ยังคงมีเซลล์ไทรอยด์เหลืออยู่ (RAI treatment)

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

- ผลการตรวจ thyroid ultrasound ก่อนการผ่าตัด
- ผลเซลล์วิทยาจากการตรวจ FNA (ถ้ามี)
- operative note
- ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
- ค่า TSH Tg และ/หรือ antiTg (หากมีการตรวจมาก่อน)
- รายงานและภาพถ่ายของ RAI ablation หรือ RAI treatment (หากเคยกลืนแร่มาก่อน)
- ปริมาณไทรอยด์ฮอร์โมนที่ผู้ป่วยรับประทาน
- ผลการตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค ระบุ

โปรดตรวจสอบผู้ป่วยของท่านว่ามีข้อห้ามหรือข้อควรระวังดังต่อไปนี้หรือไม่ หากมีโปรดเขียน ใน หน้าหัวข้อ เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีการใช้สารทึบรังสีที่มีไอโอดีนในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- ผู้ป่วยเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่หมดประจำเดือนหรือยังไม่ได้ทำหมัน
- ผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยกำลังให้นมบุตร

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 02: MIBI Whole Body Scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล HN
ชื่อแพทย์เจ้าของไข้ เบอร์โทร
โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- วินิจฉัยแยกโรคระหว่างก้อนเนื้องอกที่ไตชนิด oncocytoma และก้อนมะเร็งไต (malignant renal mass) ในผู้ป่วยที่ตรวจพบก้อนเนื้องอกที่ไตขนาดไม่เกิน 7 เซ็นติเมตร (clinical T1 renal cortical masses)
- ประเมินผลการรักษา (tumor response) ผู้ป่วยโรค osteosarcoma หลังได้รับ neoadjuvant chemotherapy หรือ chemotherapy ด้วย dual MIBI imaging
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

1. มีก้อนเนื้องอกจำนวน ก้อน

ลำดับ	ตำแหน่ง	ระบุข้าง (ถ้ามี)	ขนาด (เซ็นติเมตร)
ก้อนที่ 1		<input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ซ้าย	
ก้อนที่ 2		<input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ซ้าย	
ก้อนที่ 3		<input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ซ้าย	

2. ชนิดของการผ่าตัดก้อนเนื้องอก (ถ้ามี)
วันที่ผ่าตัด

3. สูตรยาเคมีบำบัด (ถ้ามี)
วันที่เริ่มยาเคมีบำบัดวันแรก
วันสุดท้ายที่ได้ยาเคมีบำบัด

4. การรักษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับเนื้องอก (ถ้ามี)
.....
.....

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 06: Parathyroid scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- เพื่อระบุตำแหน่งของ hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) ก่อนการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ hyperparathyroidism
- เพื่อค้นหา hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่พบก้อน เนื่องจาก neck explorations
- เพื่อค้นหา hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) สำหรับผู้ป่วยมีภาวะ recurrent or persistent hypercalcemia หลังการผ่าตัด
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

1. อาการสำคัญ
 - nephrolithiasis
 - weakness, fatigue
 - bone pain
 - pathological fractures
 - asymptomatic hypercalcemia
 - อื่น ๆ
2. เคยผ่าตัดบริเวณลำคอ และ/หรือ ทรวงอกหรือไม่
 - ไม่เคย
 - เคย ระบุชนิดของการผ่าตัด
3. เคยผ่าตัด parathyroidectomy มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย
4. หากเคยผ่าตัด parathyroidectomy มาก่อนมีการเก็บต่อมพาราไทรอยด์ไว้ที่แขน (forearm) ของผู้ป่วยหรือไม่
 - ไม่
 - ใช่
5. เคยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่
 - ไม่เคย
 - เคย ระบุ
6. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตรวจสแกนทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ระบุชนิดของการตรวจ
7. ปัจจุบัน ผู้ป่วยรับประทานยากลุ่ม calcium channel blockers หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ระบุชื่อยา
8. ปัจจุบัน ผู้ป่วยรับประทาน Vitamin D3 (เช่น calcitriol, alpha-D3) หรือยาในกลุ่ม Calcimimetics (Cinacalcet หรือ etelcalcetide) หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานก่อนตรวจสแกน 2 สัปดาห์

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 06: Parathyroid scan

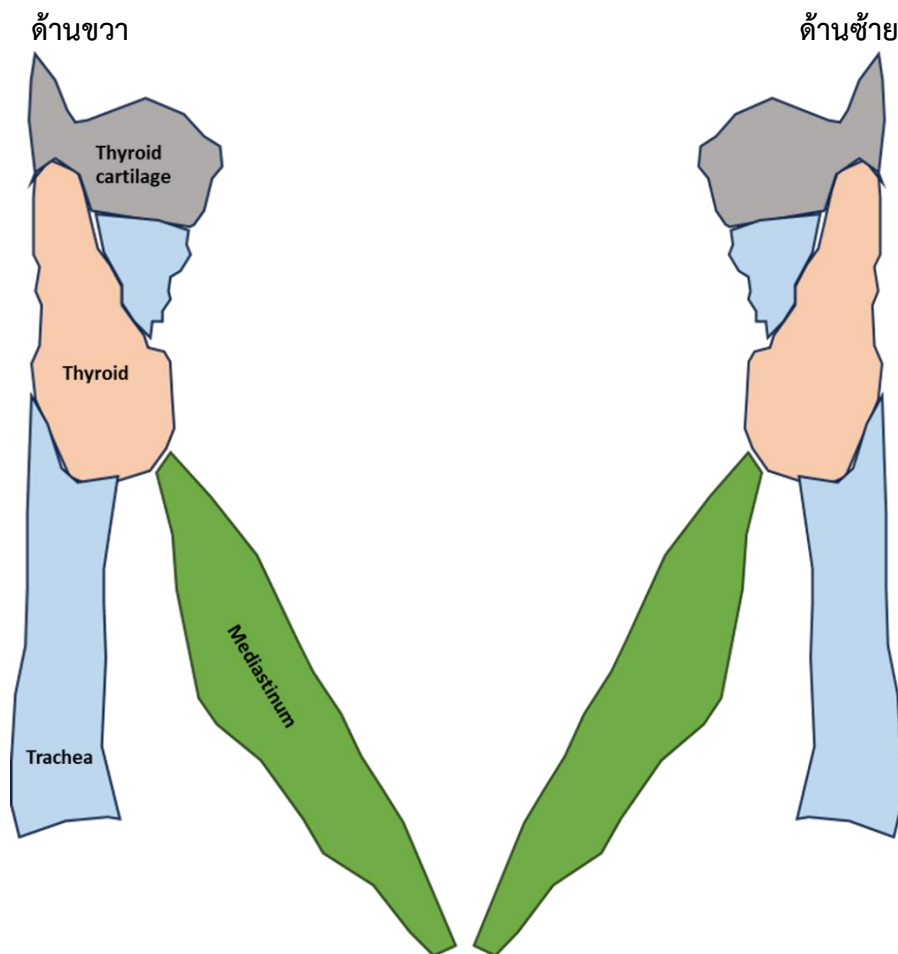
แบบฟอร์มคำขอตรวจ (ต่อ)

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์
เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

ขอความกรุณาแพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลผลการตรวจดังนี้ (ถ้ามี)

1. serum ionized calcium level mg/dL (normal)
2. serum PTH level pg/mL (normal)
3. serum 25-hydroxy vitamin D level ng/mL (normal)
4. neck or thyroid ultrasound

โปรดวาดตำแหน่งที่สงสัย hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) ในรูปภาพ
(ถ้าทราบตำแหน่งของก้อนที่สงสัย)



Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 07: Thyroid uptake / Thyroid scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

การตรวจ thyroid uptake

- เพื่อใช้ค่า 24-hour RAIU สำหรับคำนวณปริมาณ RAI เพื่อรักษาโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ
- เพื่อวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง Graves' disease กับ acute and subacute thyroiditis หรือภาวะ factitious thyrotoxicosis

การตรวจ thyroid scan

- เพื่อแยกโรค toxic adenoma กับ Graves' disease with cold nodule
- เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุในเด็กที่มี congenital hypothyroidism
- เพื่อหาตำแหน่งของ ectopic thyroid tissue ใน pelvis (struma ovarii) หรือใน mediastinum (retrosternal thyroid)
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

9. หากผู้ป่วยได้รับยาและสารที่มีไอโอดีนในตาราง โปรดเขียน ใน และระบุวันสุดท้ายที่ได้รับยาและสารที่มีไอโอดีนดังกล่าว

ยา	ระยะเวลาที่ต้องหยุด	Iodide-containing substances	ระยะเวลาที่ต้องหยุด
<input type="checkbox"/> Amiodarone วันที่ได้รับ	3-6 เดือน	<input type="checkbox"/> Ultravist, Iopamiro, Xenetix วันที่ได้รับ	6 สัปดาห์
<input type="checkbox"/> Lugol solution / SSKI วันที่ได้รับ	3 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> Omnipaque, Optiray, Visipaque, Hexabrix, Telebrix วันที่ได้รับ	3-6 เดือน
<input type="checkbox"/> Topical iodine (surgical skin preparation) วันที่ใช้	3 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> สาหร่ายทะเล (kelp) วุ้น (agar) อาหารที่มีไอโอดีนสูงในสมุดประจำตัว ผู้ป่วยกlinienแล้ว	2 สัปดาห์

10. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสีที่ใช้สารที่บรังสีร่วมด้วยหรือไม่

- ไม่ ใช่ ระบุชนิดของการตรวจ

และเลื่อนการตรวจ thyroid RAIU หรือ thyroid scan ไป 4 สัปดาห์

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 07: Thyroid uptake / Thyroid scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ (ต่อ)

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| 11. รับประทานยาต้านไทรอยด์ (propylthiouracil หรือ methimazole) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 12. รับประทานฮอร์โมนไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 13. สตรีที่กำลังให้นมบุตร | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 14. มี severe renal failure (ทำให้ค่า RAIU เพิ่มขึ้น) ³ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 15. มี euthyroid sick syndrome จากเจ็บป่วยรุนแรง (ทำให้ค่า RAIU ลดลง) ³ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

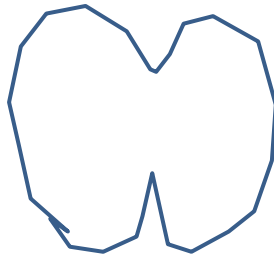
ประวัติและการตรวจร่างกาย

อาการ อาการแสดง

ระยะเวลาของโรค วัน / เดือน / ปี

ขนาดต่อมไทรอยด์โดยประมาณ กรัม

หากพบก้อนเนื้ออกของต่อมไทรอยด์โปรดวาดขนาดและตำแหน่งคร่าว ๆ



ผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

Thyroid function tests ภายใน 1 เดือน

(และภายใน 1 สัปดาห์หากต้องการแยกโรคระหว่าง Graves' disease กับ acute and subacute thyroiditis)

วันที่ตรวจ

1. serum free T3 level mg/dL (normal))

2. serum free T4 level pg/mL (normal))

3. serum TSH level ng/mL (normal))

4. neck or thyroid ultrasound

.....

.....

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์
เจ้าของใช้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 09: Tc-99m MIBI for myocardial perfusion scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

อายุ HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

ข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประกอบการแปลผลสแกนที่ถูกต้อง โปรดให้ข้อมูลของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

- อาการสำคัญ Typical angina Atypical angina Dyspnea ไม่มีอาการ
- ข้อบ่งชี้ Unstable angina / NST-ACS (Non high risk)
 Suspicious of chronic coronary syndrome
 Assessment for ischemia prior to revascularization
 Assessment for residual ischemia following revascularization
 Preoperative evaluation (<4 METS)
 Heart failure unknown etiology

3. ปัจจัยเสี่ยง

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |(ระบุรายละเอียด) |
| Prior revascularization | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |(ระบุรายละเอียด) |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Dyslipidemia | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| ESRD | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Current smoker | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Heart failure | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Atrial Fibrillation | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |
| Chronic lung | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | |

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 09: Tc-99m MIBI for myocardial perfusion scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ (ต่อ)

ผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

1. Serum troponin T ng/mL (ค่าสูงสุดที่เคยตรวจพบ)
2. ECG report Pathological Q wave Resting ST-T abnormal
 Left bundle branch block LVH by voltage criteria
3. Exercise stress test Positive Equivocal Negative
4. Echocardiography LV dysfunction (LVEF \leq 35%) Abnormal wall motion
5. CT coronary Calcium score HU
6. CTA coronary (CAD-Rads ที่สูงสุด) <3 3 4 5

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์
เจ้าของใช้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 12: Lymphatic Scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- เพื่อวินิจฉัย lymphedema และประเมินตำแหน่งของ lymphatic obstruction เพื่อผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่มีภาวะบวมที่แขนหรือขาหลังการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้หรือการรักษามะเร็งอู่เชิงกราน
- ประเมินผลการผ่าตัดแบบ Vascularized lymph node transfer (VLNT) และ/หรือ lymphovenous anastomosis (LVA) โดยตรวจดู lymph clearance หลังการผ่าตัด
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

16. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาโรคอะไร ระบุ
17. ชนิดของการผ่าตัดที่น่าจะเป็นสาเหตุให้มีแขนหรือขาบวมหลังผ่าตัด
ระบุ
18. ตำแหน่งที่บวม แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย
19. ระยะเวลาที่บวมหลังผ่าตัด เดือน / ปี
20. หากเคยผ่าตัดแก้ไขภาวะบวมที่แขนหรือขามาก่อน โปรดระบุชนิดและวันที่ผ่าตัด
 - การผ่าตัดแบบ Vascularized lymph node transfer (VLNT) วันที่
 - การผ่าตัดแบบ lymphovenous anastomosis (LVA) วันที่
 - การผ่าตัดทั้งสองแบบ วันที่

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 13: Tc-99m Pyrophosphate scan for cardiac amyloidosis

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

ข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประกอบการแปลผลสแกนที่ถูกต้อง โปรดให้ข้อมูลของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

4. อาการสำคัญ

heart failure

ไม่มี

มี

autonomic and/or sensory neuropathy

ไม่มี

มี

orthostatic hypotension/syncope

ไม่มี

มี

Nephrotic/subnephrotic proteinuria

ไม่มี

มี

Hepatomegaly and/or splenomegaly

ไม่มี

มี

atrial fibrillation

ไม่มี

มี

jaw or buttock claudication

ไม่มี

มี

Carpal tunnel syndrome

ไม่มี

มี

ลิ้นโต (Macroglossia)

ไม่มี

มี

Periorbital ecchymosis

ไม่มี

มี

ครอบครัวสายตรงมี heart failure

ไม่มี

มี ระบุผู้ที่มี heart failure

5. ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

..... วัน / เดือน / ปี

6. NYHA Class

class I

class II

class III

class IV

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 13: Tc-99m Pyrophosphate scan for cardiac amyloidosis

แบบฟอร์มคำขอตรวจ (ต่อ)

ผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

7. Serum NT-proBNP pg/mL (normal <900 pg/mL)
8. Serum troponin T ng/mL (normal <0.01 nL/mL)
9. ECG report ขอสำเนา ECG เพื่อสแกนเข้า PACS
10. Echocardiography ขอสำเนารายงานผล และ/หรือ CD ภาพถ่ายเพื่อสแกนเข้า PACS
11. Cardiac MR (ถ้ามี) ขอสำเนารายงานผล และ/หรือ CD ภาพถ่าย เพื่อสแกนเข้า PACS
12. Fat pad biopsy (ถ้ามี) ขอสำเนารายงานผล
13. Urine/serum free light chain หรือ serum/urine immunofixation assay (ถ้ามี) ขอสำเนารายงานผล
14. Genetic testing (ถ้ามี) no TTR mutations TTR mutations type.....

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์
เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 17: Meckel Scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- ตรวจหาตำแหน่งของ ectopic gastric mucosa ใน Meckel diverticulum สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง
- ตรวจวินิจฉัยและหาตำแหน่งของ Meckel diverticulum ก่อนการผ่าตัด
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

21. ระยะเวลาที่มีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง วัน / เดือน
22. อาการแสดงของผู้ป่วยคือ
 - rectal bleeding
 - compensated hypovolemic shock
23. ผู้ป่วยมี ข้อห้าม ของการตรวจดังต่อไปนี้หรือไม่
 - a. มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารแบบเฉียบพลัน (acute GI bleeding)
 - b. มีสัญญาณชีพไม่คงที่ (hemodynamic instability)
 - ไม่มี มี ควรตรวจด้วยวิธี Angiography
24. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหรือรับประทานยาดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 4.1 เพิ่งตรวจ barium enema หรือ upper GI contrast study (วันที่))
 - 4.2 เพิ่งได้รับการส่องกล้องลำไส้ (colonoscopy) (วันที่))
 - 4.3 รับประทานยาระบาย (laxatives) ระบุชื่อ
 - 4.4 เพิ่งตรวจ GI bleeding scintigraphy (วันที่))
 - ไม่ใช่ ใช่ ควรเลื่อนการตรวจ Meckel scan ไป 5 วัน (นัดตรวจวันที่))
25. ผู้ป่วยเคยผ่าตัดในช่องท้องมาก่อนหรือไม่
 - ไม่เคย เคย ระบุชนิด
26. ค่า hematocrit/hemoglobin ของผู้ป่วยล่าสุด (วันที่))

Serum hematocrit% Serum hemoglobin g/dL
27. หากได้รับการถ่ายเลือด (blood transfusion) ปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 18: Hepatobiliary Scan

แบบฟอร์มคำขอตรวจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

สงสัยโรคถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (chronic acalculous gallbladder disease / chronic acalculous cholecystitis) แต่ผลการตรวจอัลตราซาวด์ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดี หรือผลตรวจไม่ชัดเจน

วินิจฉัยแยกโรคทางเดินน้ำดีตีบตัน (biliary atresia) ออกจากภาวะตับอักเสบในทารก (neonatal hepatitis)

สงสัยทางเดินน้ำดีรั่ว (biliary leak) หลังการผ่าตัด เช่น laparoscopic or open cholecystectomy, biliary duct surgery, gallstone lithotripsy และ biliary-enteric anastomoses / ท่อน้ำดีตีบหรือตัน (biliary stricture or obstruction) หลังการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

1. อาการสำคัญ (Chief complaint)

จุกเสียดในช่องท้องขวาบน (RUQ pain)

ดีซ่าน (jaundice)

อื่น ๆ ระยะเวลาที่มีอาการ วัน / เดือน

2. เคยผ่าตัดทางเดินน้ำดีหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุชนิด วันที่ผ่าตัด

ผลวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด

3. ถ้าเคยผ่าตัด มี intraabdominal tubes or drains หรือไม่ ไม่มี มี จำนวน อัน

	ชนิด tubes or drains	ตำแหน่ง	ชนิดสารน้ำที่ระบาย*	ให้หนีบหรือเปิดสายระบายระหว่างการตรวจ
อันที่ 1				
อันที่ 2				
อันที่ 3				

*หมายถึง bile / ascites fluids / exudate / transudate / อื่น ๆ

4. serum total bilirubin level mg/dL

สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS (เพื่อประกอบการแปลผล)