

LAB TEST REQUEST FORM

Hospital / Clinic (ผู้รับบริการ)

PATIENT:

Name : _____

HN/CN: _____ DOB: _____

Age: _____ Sex: Male Female

Specimen collection date: _____ (YYYY-MM-DD)

Specimen collection time: _____ (HH:MM:SS)

ORDERING PHYSICIAN:

Name: _____

Phone: _____

CLINIC:

Name: _____

Phone: _____

IMMUNOFLUORESCENCE

CODE	Tests	Collection	Total Volume	Turnaround time
INV168000	<input type="checkbox"/> NK Activity	1 Heparin tube	10 mL	5 days

FLOW CYTOMETRY

CODE	Tests	Collection	Total Volume	Turnaround time
INV100382	<input type="checkbox"/> Inflammatory cytokine panel (13 cytokines)	1 Clot	3-6 mL	7 days
INV100294	<input type="checkbox"/> B-Cell (CD19/CD20) Lymphocyte Immunophenotyping	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100293	<input type="checkbox"/> NK-Cell (CD3/CD16+56) Lymphocyte Immunophenotyping	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168001	<input type="checkbox"/> NK-Cell+NKG2D (CD3/CD16+56/NKG2D) Lymphocyte Immunophenotyping	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168002	<input type="checkbox"/> NKG2D	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100103	<input type="checkbox"/> (CD4) Count	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100344	<input type="checkbox"/> (CD8) Count	1 EDTA	2 mL	7 days
INV550066	<input type="checkbox"/> Immune reconstitution panel	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100284	<input type="checkbox"/> Lymphocyte Subsets (T-cell, Helper T-cells, Cytotoxic T-cells, B-cell, NK-cell)	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168003	<input type="checkbox"/> (CD3/CD4/CD8/CD45RA/CD45RO) T cell subsets	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100342	<input type="checkbox"/> FOXP3+regulatory T cell	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168004	<input type="checkbox"/> FOXP3+regulatory T cell subsets	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168005	<input type="checkbox"/> Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c)	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168006	<input type="checkbox"/> Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c) + 1 Cancer Marker	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168007	<input type="checkbox"/> Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c) + 2 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168008	<input type="checkbox"/> Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c) + 3 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168009	<input type="checkbox"/> Dendritic cells (DCs) (CD14/HLA-DR/CD123/CD11c) + 4 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168010	<input type="checkbox"/> Lymphocyte panel (CD3/CD4/CD8)	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168011	<input type="checkbox"/> Lymphocyte panel (CD3/CD4/CD8) + 1 Cancer Marker	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168012	<input type="checkbox"/> Lymphocyte panel (CD3/CD4/CD8) + 2 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168013	<input type="checkbox"/> Lymphocyte panel (CD3/CD4/CD8) + 3 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168014	<input type="checkbox"/> Lymphocyte panel (CD3/CD4/CD8) + 4 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV100292	<input type="checkbox"/> T-Cell (CD3)	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168015	<input type="checkbox"/> T-cell (CD3) + 1 Cancer Marker	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168016	<input type="checkbox"/> T-cell (CD3) + 2 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168017	<input type="checkbox"/> T-cell (CD3) + 3 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168018	<input type="checkbox"/> T-cell (CD3) + 4 Cancer Markers	1 EDTA	2 mL	7 days
INV168019	<input type="checkbox"/> MSC Panel (CD73/CD90/CD105/CD34/CD45/HLA-DR)	Cell pellet	10 ⁶ Cells	7 days

CANCER MARKER AVAILABLE FOR FLOW CYTOMETRY PLEASE SPECIFY

- WT1
- Mucin1
- PRAME
- SURVIVIN
- PSMA
- NY-ESO1
- PSA
- MAGE-A
- ROR1
- PAP
- PSCA

DETERMINATION OF CELL GROWTH

CODE	Tests	Collection	Total	Turnaround time
INV168020	<input type="checkbox"/> Cell viability test	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	3 days
INV168021	<input type="checkbox"/> Cell growth rate	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	10 days
INV168022	<input type="checkbox"/> Population doubling time	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	10 days

HISTOCHEMICAL STAINING

CODE	Tests	Collection	Total	Turnaround time
INV168023	<input type="checkbox"/> Cellular senescence detection for blood	1 Heparin Tube	10 mL	7 days
INV168024	<input type="checkbox"/> Cellular senescence detection for cell	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	7 days
INV168025	<input type="checkbox"/> Osteogenic differentiation	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	30 days
INV168026	<input type="checkbox"/> Adipogenic differentiation	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	30 days
INV168027	<input type="checkbox"/> Chondrogenic differentiation	Cell pellet	1x10 ⁶ cell	30 days

ชนิดสิ่งส่งตรวจ / จำนวนสิ่งส่งตรวจที่ต้องการส่ง

ประเภทสิ่งส่งตรวจ	จำนวน (หลอด)
<input type="checkbox"/> EDTA Blood (จุลตรวจ) 2 mL	
<input type="checkbox"/> Lithium Heparin Blood (จุลตรวจ) 10 mL	
<input type="checkbox"/> Sodium Heparin Blood (จุลตรวจ) 6 mL	
<input type="checkbox"/> Cell pellet	
<input type="checkbox"/> Clot blood (จุลตรวจ) 6 mL	
<input type="checkbox"/> เอกสารอื่นๆที่แนบมา.....	

ส่งชื่อผู้ขอรับบริการ _____

ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____

วันที่ _____ - _____ - _____ (ปี-เดือน-วัน)

เวลา _____ : _____ : _____ (ชั่วโมง:นาที:วินาที)

Note: ห้องปฏิบัติการอินโนเวทไบโอเทค เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันเสาร์ เวลา 8.00-17.00 น. และเปิดให้บริการวันอาทิตย์ เวลา 8.00-14.00 น. (รับตัวอย่างไม่เกิน 14.00 น.)