



ศูนย์ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chromosome analysis by fluorescence in situ hybridization

Test code	HL217
Test name	Chromosome analysis by fluorescence in situ hybridization
Specimen type / Container / Volume	- Bone marrow 3-5 mL, Blood 2-5 mL : Heparin tube - Amniotic fluid 15-20 mL : Sterile syringe ปิดด้วย Sterile cap (ไม่คาเข็ม) - CVS 2-5 villi, Tissue ขนาดไม่น้อยกว่า 5x5x5 mm3 : Sterile tube ที่บรรจุน้ำยา Hanks' Balanced Salts Solution หรือ Sterile Normal Saline ด้วยวิธี Sterile technique
Handling (การส่งสิ่งส่งตรวจและข้อควรระวัง)	ควรมุ่งสิ่งส่งตรวจส่งห้องปฏิบัติการทันที หรือ รักษาอุณหภูมิของสิ่งส่งตรวจไว้ที่ 4-30 องศาเซลเซียส หากไม่สามารถนำส่งได้ในวันที่เจาะ ให้เก็บสิ่งส่งตรวจไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา (4 องศาเซลเซียส) ห้ามแช่แข็ง แล้วนำส่งให้ถึงห้องปฏิบัติการภายใน 36 ชั่วโมง นับเวลา
Patient preparation	-
Methodology	Culture or non culture, FISH
Reference range -> Report	ตามระบบมาตรฐานสากล An International System for Human Cytogenetic Nomenclature (2020) [ISCN2020]
Testing schedule	ห้องปฏิบัติการรับสิ่งส่งตรวจ เวลา 8.00 - 16.00 น. **สิ่งส่งตรวจในกลุ่มโรคทาง Hematologic disease รับวันจันทร์ - วันพฤหัสบดี และงดรับก่อนหน้าวันที่จะมีวันหยุดต่อเนื่อง **สิ่งส่งตรวจในกลุ่มโรคทาง congenital disease วันจันทร์ - วันศุกร์ และงดรับก่อนหน้าวันที่จะมีวันหยุดต่อเนื่อง (ตามหนังสือเวียน) **สิ่งส่งตรวจ Amniotic fluid, CVS และ Tissue โปรดติดต่อห้องปฏิบัติการก่อนส่งส่งตรวจอย่างน้อย 1 วัน
TAT	14 วัน ไม่รวมวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ยกเว้น Amniotic fluid, CVS และ Tissue ที่ต้องเพาะเลี้ยงเซลล์ ใช้เวลา 28 วัน ไม่รวมวันหยุดนักขัตฤกษ์)
Cost / CGD's coverage	4,000 บาท หรืออาจเปลี่ยนแปลงตามประกาศของคณะฯ (สิทธิ์ตามกรมบัญชีกลางเบิกได้ 3,000 บาท)
Time limit for requesting additional test	ต้องโทรปรึกษาคณะกรรมการก่อนส่งตรวจเพิ่ม
Storage period (ระยะเวลาเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อการจัดตั้ง)	หลังการรายงานผล
Location, office hours and contact	อาคาร อปร. ชั้น 11 เปิดให้บริการวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 16.30 น. โทร 02-256-4000 ต่อ 3525, 4486 (เวลารับสิ่งส่งตรวจที่อาคาร อปร. ชั้น 1 คือ 8.00 - 16.00 น.) สำหรับผู้รับบริการภายนอกห้องรับสิ่งส่งตรวจ อาคาร อปร.ชั้น 1 เปิดให้บริการเวลา 08:00-15:00 น. โทร 02-256-4000 ต่อ 3509
Indication (ข้อบ่งชี้การส่งตรวจ)	1. เพื่อตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซมประเภท Microdeletion เช่น DiGeorge, Prader-Willi syndrome 2. เพื่อตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซมประเภท Aneuploidy เช่น trisomy 21 3. เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ในไขกระดูกหรือเลือดในทางโลหิตวิทยา ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว, Myeloproliferative, Lymphoproliferative neoplasms, Myelodysplastic syndromes และ Multiple Myeloma 4. เซลล์ที่มีโครโมโซมผิดปกติปนกับเซลล์ปกติ (Mosaicism) เช่น Turner Syndrome 5. Sex-mismatched bone marrow transplantation
Interference (ปัจจัยรบกวนการตรวจวิเคราะห์)	น้ำคร่ำที่ปนเลือด การส่งตัวอย่างเลือดหรือไขกระดูกในผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการถ่ายเลือด ให้เลือด หรือเคมีบำบัด
Note/Comment	-