



MAKMAL GENETIK
JABATAN PATOLOGI
HOSPITAL TUNKU AZIZAH
Jalan Raja Muda Abdul Aziz, 50300 Kuala Lumpur, Malaysia.
Telefon: 03-2600 3000 Sambungan: 1136 (Sitogenetik)
Email: sitogenetik.hta@moh.gov.my

HTA/PAT/GEN/PK-01-01

UNTUK KEGUNAAN MAKMAL:

No Genetik:

BORANG PERMOHONAN UJIAN SITOGENETIK / CYTOGENETICS REQUEST FORM

Nota:

1. Semua permintaan ujian genetik mesti melalui proses temujanji kecuali bagi kes-kes segera.
2. Analisis Kromosom:
 - Untuk sampel darah periferi, 3-5mL darah dalam tiub Lithium Heparin (tanpa gel).
 - Untuk sampel sumsum tulang, 3-5mL pensampelan aspirat pertama sumsum tulang dalam tiub Sodium Heparin
 - Pastikan jenis spesimen pada borang permohonan adalah berpadanan dengan tiub spesimen.
3. Sila pastikan sampel tiba di Makmal Genetik HTA sebelum tempoh 48 jam dari waktu pengambilan sampel untuk mengelakkan hemolisis. Sekiranya penghantaran sampel mengambil masa melebihi 24 jam, pastikan sampel disimpan terlebih dahulu dalam suhu 2-8°C dan kemudian dihantar bersama pek ais.

MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT'S INFORMATION

NAMA NAME	TARIKH LAHIR DATE OF BIRTH	UMUR AGE
NO KP/ID ALTERNATIF: NRIC/ ALTERNATIVE ID:	BANGSA RACE	JANTINA SEX
WAD/HOSPITAL WARD/HOSPITAL	NOMBOR GENETIK TERDAHULU PREVIOUS GENETIC NO	
NAMA BAPA: FATHER'S NAME: NO KP/ID ALTERNATIF BAPA: FATHER'S NRIC/ ALTERNATIVE ID:	NAMA IBU: MOTHER'S NAME: NO KP/ID ALTERNATIF IBU: MOTHER'S NRIC/ ALTERNATIVE ID:	
SPESEMEN SPECIMEN	Tarikh Pengambilan/Collection Date:..... <i>Sila tandakan satu sahaja (v):</i> <input type="checkbox"/> Darah Periferi/Peripheral Blood <input type="checkbox"/> Sumsum tulang/Bone Marrow <input type="checkbox"/> Darah tali pusat/Fetal Cord Blood <input type="checkbox"/> Others :.....	
DIAGNOSIS		
RINGKASAN KLINIKAL CLINICAL HISTORY		
SALASILAH KELUARGA FAMILY PEDIGREE	Utamakan sejarah keluarga/perkahwinan keluarga terdekat/penyakit genetik/keguguran /kematian bayi). SALASILAH WAJIB DIKEPILKAN DI HELAIAN LAIN. Emphasize on any history of consanguinity/genetic disorders/affected family members/abortions/early neonatal deaths). PEDIGREE IS COMPULSORY TO BE ATTACHED IN A SEPARATE DOCUMENT.	
STATUS PENYAKIT DISEASE STATUS	<input type="checkbox"/> New Diagnosis <input type="checkbox"/> Remission <input type="checkbox"/> Relapse <input type="checkbox"/> Post Stem Cell Transplant (Donor: F/M) <input type="checkbox"/> Family Screening <input type="checkbox"/> Others :	
KEPUTUSAN MAKMAL LAB INVESTIGATIONS	(For hemato-oncology cases – please attach BMA&T/Immunophenotyping/Molecular results).	
TEST REQUEST Conventional cytogenetics <input type="checkbox"/> Constitutional Cytogenetics <input type="checkbox"/> Hemato-Oncology Cytogenetics	Molecular Cytogenetics (FISH) <input type="checkbox"/> Constitutional FISH* <input type="checkbox"/> Hemato-Oncology FISH* <input type="checkbox"/> Solid tumour FISH: ALK/ROS1	*Reflex FISH testing is performed based on underlying condition/ findings of conventional cytogenetics and/or prior FISH results.
Tandatangan dan Cop Rasmi Pakar/Pakar Perunding: Tarikh: No Telefon: Emel:		