

วิธีการจัดเก็บและการจัดส่งพื้่นน้ำนมและพื้่นคุด

บริษัท ไบโอ เอ็มเอสซี จำกัด
 53 / 1150 หมู่ 5 ถ.แจ้งวัฒนะ
 ด.บางตลาด อ.ปากเกร็ด
 นนทบุรี 11120
 โทรศัพท์ : 02-981-7990

Laboratory
 111 อุทยานวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย
 ห้องเลขที่ 307 B1/B2 ตึก Incubator wing
 ถนนพหลโยธิน คลองหลวง ปทุมธานี 12120
 โทรศัพท์ : 02-5647997 โทรสาร : 02-5647998

ชุดจัดเก็บพื้่นประกอบไปด้วย

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 กล่องบรรจุภัณฑ์ | <input type="checkbox"/> 2 หลอดจัดเก็บแบบปราศจากเชื้อโรค (อย่าเปิดหลอดจนกว่าจะใช้เก็บพื้่น) |
| <input type="checkbox"/> 1 กล่องโฟมรักษาอุณหภูมิ | <input type="checkbox"/> 2 ถุงเจล (Gel pack) |
| <input type="checkbox"/> รายละเอียดวิธีการจัดเก็บ | <input type="checkbox"/> 1 ถุงซิปล็อก |

ท่านควรศึกษาวิธีการจัดเก็บอย่างละเอียด

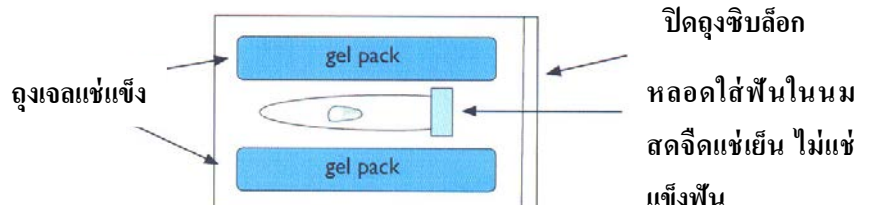
การเตรียมการ

- เก็บชุดจัดเก็บพื้่นไว้ในสถานที่สะอาดและห่างเมื่อต้องการใช้
- แช่แข็งเจลแพ็ค (Gel Pack) ในตู้เย็นช่องแช่แข็งและ**แช่แข็งที่ปราศจากเชื้อโรค (UHT) ในตู้เย็น 4°C**
- ก่อนตอนพื้่นให้ขูดสิ่งสกปรกจากตัวพื้่นและทำความสะอาดพื้่นด้วย 70% แอลกอฮอล์
- ลักษณะของพื้่นน้ำนมที่หลุดออกเองหรือถูกถอนต้องเป็นพื้่นที่มีช่องเปิดที่ปลายรากพื้่น
 - * หากปลายรากพื้่นไม่เปิด หรือรากพื้่นไม่ละลาย ให้ทันตแพทย์กรอพื้่นระหว่างตัวพื้่น และรากพื้่น โดยกรอให้เกือบขาดจากกัน
- ลักษณะพื้่นกราม และ/หรือพื้่นคุดที่ถูกถอน ควรจะมีลักษณะตัวพื้่นอยู่ครบ ในกรณีตัดแบ่งพื้่นให้ตัดแบ่งตรงรอยต่อของตัวพื้่นและรากพื้่น โดยกรอให้เกือบขาดจากกัน จะต้องใส่ทั้งตัวพื้่นและรากพื้่นลงไป ในหลอดเดียวกันต่อ 1 ซึ่ง กรณีจัดเก็บพื้่นหลายชิ้นในบุคคลเดียวกัน ต้องแยกพื้่นแต่ละชิ้นในหลอดแยกกัน
- นำพื้่นที่หลุดออกเองหรือถูกถอน ใส่นลงในหลอดสำหรับจัดเก็บทันที (ไม่เปิดหลอดจนกว่าจะใช้) เทนมจืดที่ปราศจากเชื้อโรคลงไปจนเกือบเต็มหลอด ปิดฝาให้สนิท (โดยใช้ 70% แอลกอฮอล์ เช็ดปากกล่องนมและกรรไกรหรือมีดที่ใช้ตัดให้สะอาด) **วางหลอดจัดเก็บพื้่นในตู้เย็น 4°C (ห้ามแช่พื้่นในช่องแช่แข็งโดยเด็ดขาด)**
- กรณีที่ไม่มีการจัดเก็บพื้่น **ให้นำกล่องนมจืด UHT ขนาดเล็ก มาใช้เป็นภาชนะบรรจุแทน** โดยดึงที่ปั้มนมกล่องออกมา และใช้ 70% แอลกอฮอล์ เช็ดบริเวณนมกล่องนม และกรรไกรที่เช็ดด้วย 70% แอลกอฮอล์ตัด เทนมออกจากกล่องในปริมาณเล็กน้อย ใส่นลงในหลอด ปิดปั้มนมกล่องนม พร้อมติดเทป เพื่อให้อากาศไม่เข้า จัดเก็บในตู้เย็น 4°C หรือกล่องที่มีเจลแพ็คแช่แข็ง เพื่อดำเนินการจัดส่งต่อมาที่ห้องปฏิบัติการ
- ทำการกรอรายละเอียดข้อมูลในใบนำส่งให้ครบถ้วน

โทรแจ้ง บริษัท ไบโอ เอ็มเอสซี จำกัด หมายเลข 092 192 7555 เพื่อมารับพื้่น หรือส่งโดย EMS หรือ FedEx มายังห้องปฏิบัติการ โดยตรง ตามที่อยู่ด้านบน

การบรรจุและการจัดส่ง

- วางหลอดจัดเก็บพื้่นในถุงซิปล็อก ที่มีเจลแพ็คแช่แข็งใส่อากาศออกให้มากที่สุด ปิดปากถุงซิปล็อก
- นำถุงที่บรรจุเรียบร้อยแล้วใส่ลงในกล่องโฟม
- วางเอกสารทั้งหมดลงบนด้านบนของกล่องโฟม และปิดด้วยฝากล่องโฟม
- ตรวจเช็คให้เรียบร้อย นำใส่ในกล่องบรรจุภัณฑ์ปิดกล่องให้สนิทพร้อมจัดส่ง หรือโทรแจ้ง บริษัท ไบโอเอ็มเอสซี จำกัด ส่งคนมารับโดยตรง



เอกสารประกอบการจัดเก็บฟันน้ำนม ฟันกรามซี่ที่ 3 และฟันคุด เพื่อการจัดเก็บ Stem Cells

บริษัท ไบโอ เอ็มเอสซี จำกัด
 53 / 1150 หมู่ 5 ถ.แจ้งวัฒนะ
 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด
 นนทบุรี 11120
 โทรศัพท์ : 02-981-7990

Laboratory
 111 อุทยานวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย
 ห้องเลขที่ 307 B1/B2 ตึก Incubator wing
 ถนนพหลโยธิน คลองหลวง ปทุมธานี 12120
 โทรศัพท์ : 02-5647997 โทรสาร : 02-5647998

CODE NUMBER _____

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน วัน/เดือน/ปี เกิด.....

ชื่อ-นามสกุล บิดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ฟันของท่านหลุดวันที่.....เวลา.....หรือถูกถอนออกวันที่.....เวลา.....

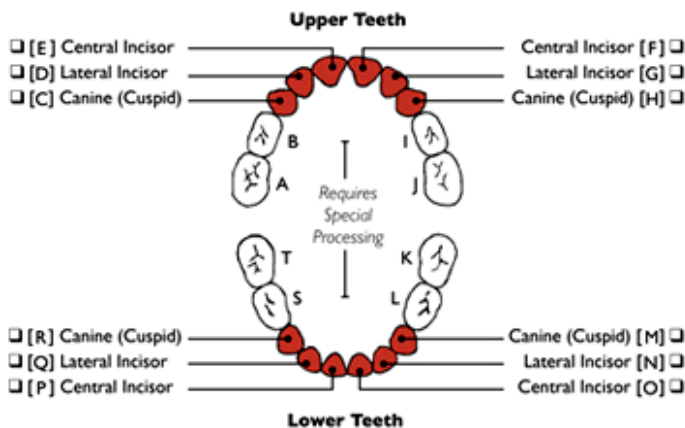
ท่านได้เก็บฟันที่หลุดหรือถอนออกทันที ใส่ในนมสดจืดที่ปราศจากเชื้อโรคนในหลอดพลาสติกที่จัดให้ไว้

และเก็บในตู้เย็น 4°C _____ ไซ้ _____ ไม่ใช่

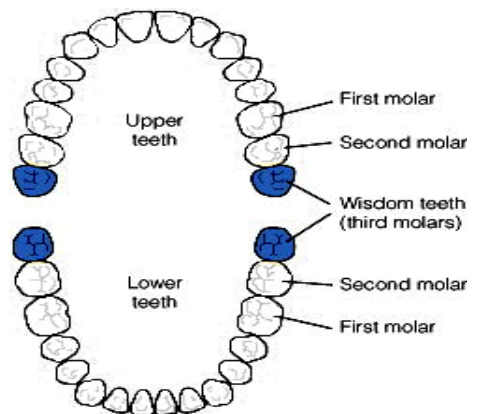
กรุณายำนำส่งฟันที่หลุดแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือจัดเก็บไม่ถูกต้องตามวิธีการที่ให้ไว้เพราะจะทำให้ไม่สามารถแยก Stem Cells ได้

โปรดระบุตำแหน่งของฟันที่จัดส่งห้องปฏิบัติการ โดยกาเครื่องหมาย ตรงตามซี่ของฟัน

Tooth Identification Chart



ฟันน้ำนม



ฟันคุดหรือฟันกรามซี่ที่สาม

โทรแจ้ง บริษัท ไบโอ เอ็มเอสซี จำกัด โทร 02-981-7990 / 092-192-7555

ผู้ส่ง โรงพยาบาล/คลินิก.....

ชื่อผู้ส่ง.....วันที่ส่ง.....เวลา.....

ชื่อผู้รับ.....ถึงห้องแล็บวันที่.....เวลา.....

รายละเอียดข้อมูลของผู้รับบริการ (ผู้ปกครอง)

ชื่อ/-นามสกุล.....
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เลขประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน)ที่ทำงาน.....มือถือ.....
FAX : E-mail.....

รายละเอียดของบุคคลที่มีผู้รับบริการเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม (เจ้าของ MSC)

ชื่อ/-นามสกุล.....
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เลขประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน)ที่ทำงาน.....มือถือ.....
FAX: E-mail.....
เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเป็น.....