

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (เพิ่มเติม)

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
1. HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING					
1.1	30115	HIT antibody screening	Test	1,550	(1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจเมื่อสงสัย heparin-induced thrombocytopenia มีความไวสูง แต่ไม่จำเพาะ turn around time สั้น ช่วยการตัดสินใจเบื้องต้น" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
1.2	30116	HIT antibody confirm	Test	1,500	(1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจเมื่อ HIT antibody screening positive มีความจำเพาะสูง ความไวไม่ถึง 100% และมี turn around time ช้า" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
3. COAGULATION					
3.1	30235	ADAMTS13 activity	Test	2,000	(1) ข้อบ่งชี้ "Thrombotic microangiopathy ใช้แยก TTP (low ADAMTS13) ซึ่งต้องทำ plasma exchange กับ HUS และ secondary TMA (ADAMTS13 ไม่ต่ำ) ซึ่ง plasma exchange ไม่ค่อยช่วย" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
3.2	30236	ADAMTS13 antibody	Test	2,800	(1) ข้อบ่งชี้ "สงสัย acquired TTP เมื่อมีผล ADAMTS13 ต่ำ ถ้า antibody ให้ผลบวก การให้ยากดภูมิอาจมีประโยชน์" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
3.3	30238	Factor assay - Factor IX Inhibitor (<i>Qualitative</i>)	Test	110	ข้อบ่งชี้ "เพื่อตรวจหาว่ามี inhibitor เกิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วย hemophilia B ที่ได้รับเลือดบ่อยๆ"
3.4	30239	Factor assay - Factor VIII Inhibitor (<i>Qualitative</i>)	Test	110	ข้อบ่งชี้ "เพื่อตรวจหาว่ามี inhibitor เกิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วย hemophilia A ที่ได้รับเลือดบ่อยๆ"
3.5	30240	Factor XIII (Urea solubility)	Test	110	ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัยภาวะ Factor XIII deficiency"
3.6	30241	Von Willebrand factor (Ag, ELISA)	Test	400	
4. CELL SURFACE MARKER					
4.1	30511	Flow cytometry for Hairy cell leukaemia (HCL)	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีติดตามผลการรักษา Hairy cell leukaemia" Minimal panel ประกอบด้วย marker CD10, CD11c, CD19, CD20, CD25, CD45, CD103, Kappa และ Lambda
4.2	30512	Flow cytometry for Lymphoma/Chronic lymphocytic leukaemia (CLL)	Test	4,000	Minimal panel ประกอบด้วย marker CD2, CD3, CD5, CD7, CD8, CD10, CD11c, CD16, CD19, CD20, CD23, CD25, CD45, CD56, CD57, CD79b, CD103, FMC7, Kappa และ Lambda

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
4.3	30513	Flow cytometry for Multiple myeloma (MM)	Test	3,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา Multiple myeloma" Minimal panel ประกอบด้วย marker CD10, CD19, CD20, CD38, CD45, CD56, CD117, CD138, IgM, Kappa และ Lambda
4.4	30514	Immunophenotyping NKT Cell	Test	960	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา NK/T cell lymphoma และใช้วัดจำนวน NKT cell กรณีสงสัย immunodeficiency" Minimal panel ประกอบด้วย CD3, CD16, CD45 และ CD56
5. HLA - TRANSPLANT					
5.1	30631	HLA-DRB1 DNA typing (low resolution)	Test	2,900	
5.2	30632	HLA-DQB1 DNA typing (low resolution)	Test	2,300	
6. HLA - NON TRANSPLANT					
6.1	30633	HLA-B*5701 allele -Realtime PCR (HLA-B*57:01)	Test	1,000	เป็นการตรวจตาม standard guidelines ใช้วางแผนการสั่งยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกตินี้จะมีอาการแพ้ยา abacavir
7. URINALYSIS					
7.1	31013	Urine Eosinophils	Test	100	ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย interstitial nephritis จากการแพ้ยา"

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
7.2	31014	Urea nitrogen (Urine/dialysate)	Test	40	ข้อบ่งชี้ "ส่งตรวจในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกไตทางหน้าท้อง CAPD เพื่อประเมินว่าสามารถฟอกของเสียออกได้เพียงพอหรือไม่เพื่อวางแผนการรักษาต่อ"
8. CHEMISTRY					
8.3 ENZYME/PROTEIN					
8.3.1	32404	Cryofibrinogen	Test	55	ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัย cryofibrinogenemia"
8.3.2	32405	Procalcitonin (PCT)	Test	600	ใช้วินิจฉัยแยกประเภทของการติดเชื้อเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น
8.5 TUMOR MARKER					
8.5.1	37309	Chromogranin A (CgA)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัย neuroendocrine tumors และใช้ติดตามภายหลังการรักษา"

10. DRUG/TOXICOLOGY					
10.1	33703	Amphetamines Panel (GC-MS confirmation)	Test	1,300	ใช้เฉพาะกรณีที่สงสัยผลบวกลวง หรือผลลบลวง จากการตรวจคัดกรอง Amphetamine และ Methamphetamine
10.2	33606	Paraquat (<i>quantitative</i>)	Test	250	
11.1 BACTERIA					
11.1.1	36022	PCR for Bacterial molecular identification	Test	2,000	
11.2 MYCOBACTERIA					

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.2.1	36019	Mycobacteria: direct PCR for IR (INH, RIF) resistant	Test	1,500	ใช้ตรวจความไวของเชื้อ Mycobacterium tuberculosis complex ในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถรอผลความไวของเชื้อด้วยวิธีดั้งเดิม
11.3 VIRUS					
11.3.1	36301	Hepatitis A virus - Anti HAV IgG	Test	400	ใช้ในการตรวจผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่หากติดเชื้อ อาการจะรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง ตับแข็ง ผู้ที่ต้องรับการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ ผู้ที่ได้ยาเคมีบำบัดหรือได้รับยากดภูมิ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
11.4 FUNGUS					
11.4.1	37228	Cryptococcal Ag, serum/CSF/ other body fluid (Quantitative, Titer)	Test	450	
11.4.2	35115	Fungus: antimicrobial susceptibility test (4 - 9 ชนิด)	Test	1,200	
11.4.3	35117	Gomori-silver stain for fungus	Test	200	เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการย้อมเชื้อราทั้งชนิด mold และ yeast
12. SEROLOGY					
12.1	37021	Antibody against glutamic Acid Decarboxylase (GAD)/Tyrosine Phosphatase(IA2)[GAD/IA2]	Test	500	ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Latent autoimmune diabetes of adult"

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
12.2	37022	Anti-CCP, Cyclic Citrullinated Peptide IgG Antibody	Test	480	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัย Rheumatoid arthritis และมีประโยชน์ในการทำนายความรุนแรงของโรคเพื่อวางแผนการรักษา"
12.3	37023	Anti Interferon Gamma Antibody	Test	800	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการเสียการทำงานของ interferon gamma ทำให้ติดเชื้อไวรัสโรคง่ายกว่าปกติ"
12.4	37024	Anti thyroid peroxidase (TPO antibody)	Test	400	
12.5	37025	Aquaporin 4 (NMOIgG)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ช่วยวินิจฉัยโรค neuromyelitis optica" (เป็นการตรวจ autoantibody ด้วยวิธี Immunofluorescent ต่อ aquaporin-4)
12.6	37026	Autoimmune Encephalitis Assay (IFA)	Test	3,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรค Autoimmune Encephalitis" (เป็นการตรวจ antibodies ด้วยวิธี Immunofluorescent ต่อ NMDAR, AMPAR, GABAR, LGI1, CASPR2, DPPX)
12.7	37027	GBM Antibody (Glomerular Basement Membrane Antibody)	Test	750	ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Goodpasture Syndrome"
12.8	37028	Microsomal/Ab (Anti-TPO)	Test	150	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัย Hashimoto thyroiditis"

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
12.9	37029	Paraneoplastic Syndromes Assay	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Paraneoplastic Neurological syndromes Syndromes" (เป็นการตรวจ autoantibodies ด้วยวิธี Immunoblot ต่อ Hu, Yo, Ri, CV2, Ma, amphiphysin, PCA-2, Tr, SOX1, titin, recoverin)
12.10	37030	TSH receptor Antibody (Thyroid Stimulating Hormone receptor Antibody)	Test	400	ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Graves' disease"
13. IMMUNO					
13.1	37108	Clostridium tetani IgG/ELISA (Antitetanus, IgG)	Test	300	ข้อบ่งชี้ "เพื่อประเมินการตอบสนองต่อวัคซีนบาดทะยักในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการสร้างแอนติบอดีบกพร่อง"
13.2	37109	DHR (Dihydrorhodamine flow cytometric test)	Test	1,200	ข้อบ่งชี้ ใช้วินิจฉัย chronic granulomatus disease
13.3	37110	IgG4	Test	500	ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย immunodeficiency disorders และ IgG4-related diseases"
13.4	37111	IgG subclass (1 - 4)	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย immunodeficiency disorders" (เป็นการตรวจ 4 subclass ร่วมกัน)
13.5	37112	Lymphocyte proliferation assay	Test	5,070	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องด้านทีเซลล์ (T cell deficiency)"

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
13.6	37113	Tryptase ELISA	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย anaphylaxis, anaphylactoid reactions, hypereosinophilia (absolute eosinophile count \geq 1500 ต่อไมโครลิตร) และ mastocytosis"
14. PANEL SERO/IMMUNO					
14.1	32007	Free light chain (FLC) Kappa/Lambda ใน serum ด้วยวิธี Nephelometry	Test	1,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรค Multiple myeloma"
15. ALLELRYG					
15.1	37354	Specific IgE, component resolved diagnosis (CRD)	Test	900	ข้อบ่งชี้ "เป็นการวินิจฉัยจำเพาะต่อการแพ้ อาหารและแมลง สามารถใช้แทน challenge test"
17. MOLGEN					
17.1	30406	BCR-ABL p210 by RQ-PCR (real-time quantitative polymerase chain reaction)	Test	4,500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อติดตามการตรวจรักษา CML" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.2	30407	CALR mutation	Test	2,000	(1) ข้อบ่งชี้ "MPN ที่สงสัย ET หรือ MF ที่ JAK2 V617F negative" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.3	30408	Direct sequencing of BCR-ABL mutation	Test	8,500	ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย CML ที่ไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาที่ได้รับ เพื่อทราบชนิดของ mutation และกำหนดด้วยยาที่จะใช้ต่อไป"
17.4	30409	Direct Sequencing ของ JAK2 exon 12 mutation	Test	2,500	(1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย myeloproliferative neoplasia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.5	30410	FLT3-ITD gene for AML (peripheral blood)	Test	3,200	ข้อบ่งชี้ "AML risk stratification เพื่อกำหนดแนวทางการรักษา"
17.6	30411	JAK2 V617F mutation	Test	1,320	(1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย myeloproliferative neoplasia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.7	30412	MPL mutation	Test	2,000	(1) ข้อบ่งชี้ "MPN ที่สงสัย ET หรือ MF ที่ JAK2 V617F negative และ CALR negative" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.8	30413	NPM1 gene for AML (peripheral blood)	Test	2,400	ข้อบ่งชี้ "AML risk stratification เพื่อกำหนดแนวทางการรักษา"
17.9	30414	PML-RARA fusion gene (Bone Marrow)	Test	1,100	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัย APL หรือเพื่อเลือกยาที่ใช้รักษา" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา

ลำดับ	รหัส รายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.10	30415	T315I mutation of BCR-ABL gene	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย CML ที่ไม่ ตอบสนอง ต่อการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ ทราบว่ามี T315I mutation และกำหนด ตัวยาที่จะใช้ต่อไป"