

## 第八因子抗體/活性呈色分析( Factor VIII Inhibitor/Activity Chromogenic Assay)

### 檢測申請單

\*送檢端請詳細填寫粗框範圍之欄位

單號：賽亞填寫 yyyy-mm-流水號 3 碼

送件醫院：  <b>嘉義基督教醫院</b>	送件醫師：  	送件聯絡人： 檢驗醫學科 血清組 李媿諭 - 聯繫電話： 05-2765041 #5219 /#5213 - E-MAIL： 13822@cych.org.tw - 報告寄送 E-MAIL： 13822@cych.org.tw - 報告寄送地址： 600566嘉義市東區忠孝路539號2B檢驗醫學科血清免疫組
-----------------------------	---------------	--

#### 檢體資訊

<input type="checkbox"/> 第八因子抗體 檢體編號：CGF8I- <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	姓名：  出生年月日：(yyyy-mm-dd)  病歷號：  
<input type="checkbox"/> 第八因子活性 檢體編號：CGF8- <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<h4 style="text-align: center;">檢體採集紀錄 (檢驗科填寫)</h4> 採血日期：20__ - __ - __ (yyyy-mm-dd) 採血時間：__ : __ (24 小時制) 開始離心時間：__ : __ (24 小時制) <input type="checkbox"/> 保存 ≤ -70°C <input type="checkbox"/> 保存 ≤ -20°C，立即安排送件 入冷凍櫃時間：__ : __ (24 小時制)

其他說明事項：

#### ※注意事項：

##### 藍頭真空採血管：

- 除血液培養之外，藍頭真空採血管為第一順位採血管。
- 請務必採集足夠血量至 2.7 mL (黑色柱狀標示範圍內)。
- 採血後，上下 180° 輕柔翻轉採血管至少 8 次。
- 若檢體呈現嚴重溶血(Hemoglobin > 500 mg/dL)、嚴重脂血(Intralipid > 500 mg/dL)或嚴重黃疸(Bilirubin > 29 mg/dL)則為不合格檢體，無法允收。
- 室溫下以 1,500 x g 離心 15 分鐘。



【背面還有內容，請翻頁】

**☑ 冷凍小管：**

- 以塑膠吸管吸取離心後的上層血漿，平均分裝至 2 管冷凍小管內(約 0.5~0.7 mL/管)。
- 將冷凍小管放入檢體儲存運送盒，以封箱膠帶黏妥。
- 將內含血漿檢體之檢體儲存運送盒存放於-70°C 冷凍櫃，若無-70°C 冷凍櫃可先暫存於-20°C。
- 採血後至血漿冷凍保存，請務必在 1 小時內完成。
- 盡快通知賽亞安排收檢(於-20°C 儲存超過二週會影響檢測結果正確性，故無法收檢)。

**☑ 檢體包裝：**

- 將已用封箱膠帶黏妥之檢體儲存運送盒放入原採檢包之夾鏈袋中，交給冷凍物流人員。
- 此單必須同時與血漿檢體一同交寄，寄送前請自行影印留存。每月固定檢測 2 次(每月 14、28 日，如遇例假日則順延)，最晚請於檢測前 5 個工作日(如遇例假日則提前)通知賽亞收檢，賽亞將於接受收檢通知後 3 個工作日內安排麥肯國際物流取件。

檢測日 (遇例假日順延)	檢測報告出具 (遇例假日順延)
當月 14 及 28 日	1. 檢測後 5 個工作日內提供電子檔報告 2. 檢測後 10 個工作日內寄出紙本報告

**✧賽亞聯絡資訊：**

聯絡單位	聯絡電話	聯絡時間
技術暨研發部	(02)8976-9123 分機 7601、7608	08:30~16:00

**賽亞基因實驗室檢體簽收欄 (由賽亞基因實驗室填寫)**

收到檢體數量：共 \_\_\_\_\_ 支冷凍小管

檢體狀態是否良好，並且冷凍小管與檢測申請單之檢體編號核對無誤：是；否，請說明：

檢體收件及確認人員簽名：\_\_\_\_\_ 收件日期：\_\_\_\_\_ (yyyy-mm-dd)

\*請將簽名的檢測申請單於當日掃描後，將檔案 E-MAIL 給送檢單位，作為檢體簽收紀錄。