



งานบริหารและธุรการ	
กองคลัง	
รับที่	385
วันที่	6 พ.ย. 2560
เวลา	

ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๙๙

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยา

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่โจ้

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากกระทรวงการคลังได้ประกาศ กำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลของทางราชการให้ส่วนราชการทราบและถือปฏิบัติ นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้รายการและอัตราค่าบริการสาธารณสุข หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ สอดคล้องกับการให้บริการของสถานพยาบาลในปัจจุบัน มีความเหมาะสม ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็น สอดคล้องกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสภาวะทางเศรษฐกิจ จึงได้ดำเนินการปรับปรุงรายการ และอัตราค่าบริการฯ รวมทั้งกำหนดเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายบางรายการให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น ตลอดจนปรับหมวดหมู่ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบชื่อและรหัสมาตรฐาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Logical Observation Identifiers Names and Codes: LOINC) ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตรา ค่าบริการสาธารณสุขฯ ให้ส่วนราชการและสถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ยกเลิกรายการอัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะในส่วนของค่าตรวจวินิจฉัย ทางเทคนิคการแพทย์ (หัวข้อ ๗.๑ - ๗.๖) ของหนังสือที่อ้างถึง และให้ถือปฏิบัติตามอัตราค่าบริการสาธารณสุขฯ แนบท้ายหนังสือฉบับนี้ บัญชีที่ ๑ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และบัญชีที่ ๒ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ โดยให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ทั้งนี้ รายการ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ นอกเหนือจากรายการ ที่กำหนดไว้ ไม่สามารถเบิกจ่ายได้

๒. ให้สถานพยาบาลมีกลไกกำกับกับการรักษาพยาบาล/การตรวจวินิจฉัยให้เป็นไปตามเงื่อนไข หรือข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายที่กำหนด เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการตรวจสอบ และหากมี การตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ที่กำหนด กรมบัญชีกลางจะดำเนินการ เรียกเงินรายการค่าบริการ/ค่าตรวจวินิจฉัยที่มีการเบิกจ่ายคืน

๓. กรณีที่สถานพยาบาลประสงค์ที่จะเสนอรายการอัตราค่าบริการ ซึ่งเป็นรายการที่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลและไม่มีรายการอื่นสามารถใช้ทดแทนได้เพิ่มเติม ให้เสนอรายการ ราคา โครงสร้างต้นทุน และข้อบ่งชี้หรือเหตุผลความจำเป็นในการกำหนดรายการดังกล่าว (จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยโรคใด/กรณีใด/เพื่อวัตถุประสงค์ใด) รวมทั้งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคขององค์วิชาชีพ ข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ เป็นต้น มายังกรมบัญชีกลางเพื่อจะได้รวบรวมและพิจารณาประกาศต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป อนึ่ง สามารถดาวน์โหลดหลักเกณฑ์และรายการอัตราค่าบริการดังกล่าว ได้ที่เว็บไซต์กรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th หัวข้อกฎหมาย/ระเบียบ/หนังสือเวียน การกิจการควบคุมด้านงบบุคลากรของบุคลากรภาครัฐ

ขอแสดงความนับถือ



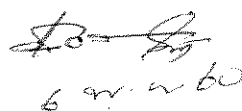
(นางสาวสุทธิดัน รัตนโชติ)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล
กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล
โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐-๑
โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

เรียน อธิการบดี

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรเวียนแจ้งทุกหน่วยงานเพื่อทราบ
- เห็นควรแจ้งหน่วยงานเดือนและสำนักงานตรวจสอบภายในเพื่อทราบและถือปฏิบัติต่อไป

นายประจักษ์ สัจจกุล
- 6 พ.ย. 2560


6 พ.ย. 60

ดำเนินการ ดังเสนอ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร ศิริโคตกิจ)
รองอธิการบดี ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่โจ้
10 พ.ย. 2560

บัญชีที่ 1

หมวดที่ 6

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต หมายถึง ค่าจัดการบริการการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (Whole Blood) เม็ดโลหิตแดง (Packed Red Cell) พลาสมาสด (Fresh Plasma หรือ Fresh Frozen Plasma) เกล็ดโลหิต (Platelet Concentrate) พลาสมา (Plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุ น้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

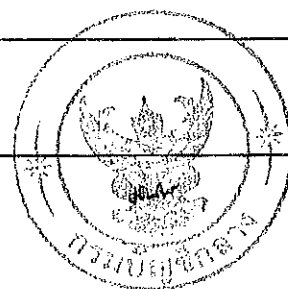
ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งออกเป็นสองส่วน คือส่วนที่รับบริการต่อจากสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นรายการที่มีการตรวจ Nucleic acid Amplification Technology (NAT) ทุก Unit แล้ว และส่วนที่สถานพยาบาลต้องรับบริจาคเอง

ราคาที่กำหนด เป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ ภาวะบรรจุโลหิต และการเตรียมส่วนประกอบของโลหิต

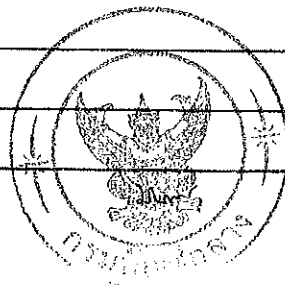
ราคาของส่วนประกอบโลหิต ชนิด Leukocyte depleted ได้รวมค่า filtration set แล้ว

การใช้ Leukocyte depletion filter ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้เป็น Leukocyte depleted products ให้คิดราคาเป็น Leukocyte depleted products

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1 การตรวจวิเคราะห์เพื่อการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด					
6.1.1	22105	Blood group (ABO- Cell and serum grouping) - Tube method	Test	100	
6.1.2	22112	Blood group (ABO- Cell and serum grouping) - Gel method	Test	160	
6.1.3	22106	ABO Cell grouping - Slide method (ในกรณีตรวจหมู่เลือดซ้ำเท่านั้น)	Test	30	
6.1.4	22108	RH. (D) Typing - Tube method	Test	50	
6.1.5	22113	Rh. (D) Typing - Gel method	Test	90	
6.1.6	22109	Rh. Typing (Complete)	Test	360	
6.1.7	22103	Antibody screening (Indirect antiglobulin test) - Tube method	Test	60	
6.1.8	22104	Antibody screening, (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	120	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1.9	22116	Antibody screening A cell (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	50	
6.1.10	22117	Antibody screening B cell (Indirect antiglobulin test) - Gel method	Test	50	
6.1.11	22110	Direct antiglobulin test - Tube method	Test	60	
6.1.12	22111	Direct antiglobulin test - Gel method	Test	90	
6.1.13	22146	Direct antiglobulin (Coomb's test) monospecific 5 ชนิด IgG, IgM, IgA, C3c และ C3d - Gel method	Test	390	
6.1.14	22147	Direct antiglobulin (Coomb's test) monospecific 2 ชนิด IgG และ C3c - Gel method	Test	180	
6.1.15	22120	Type and screen (ABO + Rh + ab screening) Tube method	unit	200	
6.1.16	22121	Type and screen (ABO + Rh + ab screening) Gel method	unit	350	
6.1.17	22114	Cross matching - Tube method	unit	80	
6.1.18	22115	Cross matching - Gel method	unit	150	
การตรวจพิเศษสำหรับการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด					
6.1.19	22101	Antibody identification - Tube method	Test	240	
6.1.20	22102	Antibody identification - Gel method	Test	400	
6.1.21	22122	Antibody titration (ABO)	Test	500	
6.1.22	22123	Antibody titration (Rh)	Test	500	
6.1.23	22124	Adsorption test	Test	300	
6.1.24	22125	Elution test	Test	300	
6.1.25	22126	Antigen C	Test	150	
6.1.26	22127	Antigen c	Test	170	
6.1.27	22128	Antigen Di(a)	Test	200	
6.1.28	22129	Antigen E	Test	170	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.1.29	22130	Antigen e	Test	170	
6.1.30	22131	Antigen Fy(a)	Test	280	
6.1.31	22132	Antigen Fy(b)	Test	280	
6.1.32	22133	Antigen Jk(a)	Test	200	
6.1.33	22134	Antigen Jk(b)	Test	200	
6.1.34	22135	Antigen K	Test	150	
6.1.35	22136	Antigen k	Test	150	
6.1.36	22137	Antigen Le(a)	Test	100	
6.1.37	22138	Antigen Le(b)	Test	100	
6.1.38	22139	Antigen Le(a) + Le(b)	Test	200	
6.1.39	22140	Antigen M	Test	100	
6.1.40	22141	Antigen Mi(a)	Test	100	
6.1.41	22142	Antigen N	Test	160	
6.1.42	22143	Antigen P1	Test	100	
6.1.43	22144	Antigen S	Test	140	
6.1.44	22145	Antigen s	Test	140	
6.1.45	22148	Neutralization test: ABH substance in saliva	Test	250	
6.1.46	23601	Platelet crossmatch (Flow cytometry)	Test	1,800	
6.1.47	23602	Crossmatch for HLA Compatible Platelets	ต่อราย ต่อวัน	2,200	
6.1.48	30608	Transfusion reaction- Leukoagglutinin	Test	310	
6.2 ผลิตภัณฑ์ชนิด Whole Blood					
6.2.1	23151	Whole Blood	Unit	740	
6.2.2	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000	
6.2.3	23101	Whole Blood (สภาวะขาด)	Unit	600	
6.2.4	23154	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (NAT)	Unit	1,800	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.2.5	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (สภากาชาด)	Unit	1,550	รวมค่า filtration set
6.2.6	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740	
6.3 ผลิตภัณฑ์ชนิด Packed Red Cell (PRC) และ Granulocytes (WBC)					
6.3.1	23251	PRC	Unit	500	
6.3.2	23252	PRC (NAT)	Unit	700	
6.3.3	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	540	
6.3.4	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.3.5	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800	รวมค่า filtration set
6.3.6	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.3.7	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550	
6.3.8	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700	
6.3.9	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	520	
6.3.10	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (สภากาชาด)	Unit	2,000	
6.3.11	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (สภากาชาด)	unit	2,200	
6.3.12	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200	
6.3.13	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170	
6.3.14	23456	Single Donor Granocyte	unit	7,640	
6.3.15	23457	Single Donor Granocyte Concentrate (สภากาชาด)	unit	9,000	
6.3.16	23470	Wash and Frozen Red Cell	unit	2,000	
6.4 ผลิตภัณฑ์ชนิด Platelets					
6.4.1	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400	
6.4.2	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600	



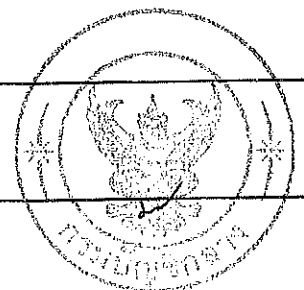
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.4.3	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	340	
6.4.4	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600	รวมค่า filtration set
6.4.5	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (Filtration method)	ถุง	6,300	รวมค่า filtration set
6.4.6	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	6,000	รวมค่า filtration set
6.4.7	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000	
6.4.8	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	ถุง	4,300	
6.4.9	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200	
6.4.10	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
6.4.11	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	
6.4.12	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000	
6.4.13	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	
6.4.14	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800	
6.4.15	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	



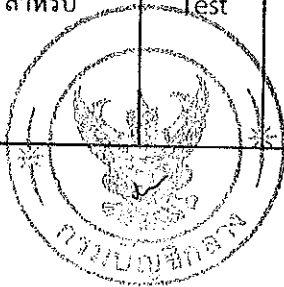
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.4.16	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6,300	
6.4.17	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.4.18	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400	
6.4.19	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800	
6.5 ผลิตภัณฑ์ชนิด Plasma					
6.5.1	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400	
6.5.2	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650	
6.5.3	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	450	
6.5.4	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690	รวมค่า filtration set
6.5.5	23469	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (สภากาชาด)	Unit	550	
6.5.6	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300	รวมค่า filtration set
6.5.7	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400	รวมค่า filtration set
6.5.8	23468	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT) (สภากาชาด)	Unit	200	รวมค่า filtration set
6.5.9	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300	
6.5.10	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
6.5.11	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	350	
6.5.12	23454	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma	Unit	400	
6.5.13	23460	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
6.5.14	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.6 ผลิตภัณฑ์ชนิด Cryoprecipitate					
6.6.1	23455	Cryoprecipitate	Unit	370	
6.6.2	23465	Cryoprecipitate (NAT)	Unit	600	
6.6.3	23403	Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	
6.6.4	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	รวมค่า filtration set
6.6.5	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750	รวมค่า filtration set
6.6.6	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000	
6.7 Apheresis (Donation)					
6.7.1	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (สภากาชาด)	unit	12,000	
6.8 Therapeutic & Therapeutic Apheresis					
6.8.1	23502	Leukapheresis (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
6.8.2	23503	Blood Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
6.8.3	23504	Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	ข้อบ่งชี้ตามที่กำหนด
6.8.4	23511	Therapeutic Blood Letting	unit	220	
6.9 Stem Cell Collection					
6.9.1	23505	Stem Cell Processing for Autologous Bone Marrow Collection	unit	7,500	
6.9.2	23506	Stem Cell Processing for Autologous PBSC Collection	unit	7,500	
6.9.3	23507	Stem Cell Processing for Bone Marrow Collection	unit	3,000	
6.9.4	23508	Stem Cell Processing for Cord Blood Collection	unit	7,500	
6.9.5	23512	Peripheral Blood Stem Cell Collection	unit	10,000	
6.9.6	23513	Peripheral Stem Cell Collection (สภากาชาด)	unit	10,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขการเบิก/หมายเหตุ
6.9.7	30701	Stem Cell Culture for BFU-E Number	Test	600	
6.9.8	30702	Stem Cell Culture for CFU-GM Number	Test	600	
6.10 Thromboelastogram					
6.10.1	23603	Intem	Test	950	
6.10.2	23604	Extem	Test	950	
6.10.3	23605	Fibtem	Test	1,160	
6.10.4	23606	Aptem	Test	1,160	
6.10.5	23607	Heptem	Test	1,160	
6.11 อื่น ๆ เกี่ยวกับงานบริการโลหิต					
6.11.1	23509	การจัดการการรับบริจาคโลหิต	unit	100	
6.11.2	23510	ค่าอุปกรณ์เชื่อมต่อถุงเลือดโดยเครื่องอัตโนมัติ	unit	120	ใช้เพิ่มเติมเฉพาะบางรายที่สายต่อถุงเลือดสั้นเกินไป
6.11.3	23501	ค่าบริการฉายแสงเลือด	ครั้ง	350	
6.11.4	23515	Transfer Bag 300 ml.	ถุง	60	
6.11.5	23516	Plasma Transfer Set	set	20	
6.11.6	23518	NAT for HIV + HCV + HBV สำหรับตรวจในผู้ป่วย	Test	1,500	เฉพาะกรณีเร่งด่วน เพื่อประกอบการวินิจฉัยและการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์



ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยวิธี plasma exchange

1. Autoimmune encephalitis (membrane associated antigen)
2. Acute severe demyelinating disease (neuromyelitis optica, multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis and transverse myelitis) with non-adequate response to high dose steroid
3. Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (Guillain-Barre syndrome)
4. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP)
5. Myasthenia gravis

Inclusion criteria

1. ในกรณีของ autoimmune encephalitis: เมื่อสาเหตุของโรคเกิดจากภูมิคุ้มกันต่อ neuronal membrane protein หรือ neuronal channel protein เช่น Anti-NMDA, Anti-AMPA, Anti-GABA_A, Anti-GABA_B, Anti-Lgi1, Anti-Caspr2, Anti-DPPX, Anti-glycine, Anti-dopamine receptor
2. ในกรณีของ Acute severe demyelinating disease (neuromyelitis optica, multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis and transverse myelitis) เมื่อให้การรักษาด้วย high-dose steroid อย่างน้อย 5 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น เช่น motor power ดีขึ้นน้อยกว่า 2 grade หรือยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ visual acuity score ดีขึ้นน้อยกว่า 2 ระดับ
3. AIDP, CIDP และ MG เมื่อคนไข้ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเองหรือมีปัญหาการกลืนต้องใส่สายยางหรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

Exclusion criteria

ผู้ป่วยมีระดับความดันต่ำหรือไม่คงที่ จนไม่สามารถทำ plasma exchange ได้



ตัวอย่างการคำนวณ

รายการ	1. ค่าบริการในการจองโลหิต (ค่า Cross matching x จำนวนยูนิตที่จอง) + ค่าตรวจหมู่โลหิตผู้ป่วย	2. ค่าบริการเมื่อใช้โลหิต (ราคา Blood component x จำนวนที่ใช้)	รวมค่าบริการทั้งหมด เมื่อใช้โลหิต (1+2)
จอง Whole Blood 2 ยูนิต (สภากาชาด)	$(80 \times 2) + 150 = 310$ บาท	ใช้ 1 ยูนิต = 600 บาท ใช้ 2 ยูนิต = 1,200 บาท	ใช้ 1 ยูนิต = $310 + 600$ = 910 บาท ใช้ 2 ยูนิต = $310 + 1,200$ = 1,510 บาท
จอง Packed Red Cell 3 ยูนิต (สภากาชาด)	$(80 \times 3) + 150 = 390$ บาท	ใช้ 1 ยูนิต = 540 บาท ใช้ 2 ยูนิต = 1,080 บาท	ใช้ 1 ยูนิต = $390 + 540$ = 930 บาท ใช้ 2 ยูนิต = $390 + 1,080$ = 1,470 บาท
จอง Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 1 ถุง (สภากาชาด)	คิดเฉพาะค่าตรวจหมู่โลหิต ผู้ป่วย 150 บาท	ใช้ 1 ถุง = 4 ยูนิต = 3,200 บาท	ราคา = $150 + 3,200$ = 3,350 บาท



บัญชีที่ 2

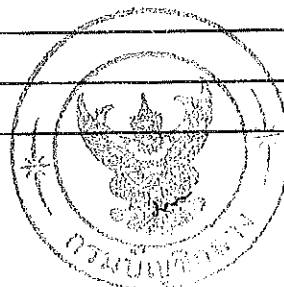
หมวดที่ 7

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา หมายถึง ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจ ชี้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
1. HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING					
1.1	30106	Acid phosphatase with tartrate (hairy cell leukemia) (หรือ Tartrate Resistant Acid Phosphatase, Qualitative)	Test	200	
1.2	33804	Carboxyhemoglobin, (Quantitative)	Test	250	
1.3	37106	Cold agglutinin, (Qualitative)	Test	50	
1.4	30105	Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	Test	50	
1.5	31205	Fat stain, Stool (Sudan IV stain)	Test	100	
1.6	30309	Fetal hemoglobin, (Qualitative)	Test	80	
1.7	30312	Ham's test, Acid hemolysis [Presence] of Blood	Test	80	
1.8	30111	Heinz body	Test	40	
1.9	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	30	
1.10	31209	Hemoglobin detection, Stool (Immunochemical, Qualitative)	Test	80	
1.11	30313	Hemoglobin typing (Hb typing) (Hemoglobin electrophoresis panel in Blood)	Test	260	PANEL.HEMATO
1.12	30112	Hemosiderin test (Qualitative)	Test	80	
1.13	30113	Erythrocyte Inclusion body	Test	40	
1.14	30108	Iron stain, Bone marrow	Test	50	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
1.15	30114	Leukocyte Alkaline Phosphatase (LAP) score	Test	550	
1.16	30124	LE cell preparation, stain, examination	Test	150	
1.17	31203	Occult blood, Stool	Test	30	
1.18	30133	Osmotic fragility test, quantitative	Test	100	
1.19	30125	Osmotic fragility test, screening	Test	60	
1.20	30131	Platelet count (Manual)	Test	40	
1.21	30103	Reticulocyte count	Test	40	
1.22	30316	Serum viscosity, (Quantitative)	Test	100	
1.23	30127	Sudan Black stain	Test	100	
2. PANEL HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING					
2.1	31301	Cell count and diff, Body fluid	Test	50	
2.2	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90	รวม platelet count
2.3	30102	Complete blood count without smear	Test	60	
2.4	30109	Cytochemical profile stain (ชนิดละ)	Test	100	ประกอบด้วย Nonspecific Esterase (NSE), Periodic-acid Schiff (PAS), acid phosphatase และ Myeloperoxidase (MPO)
2.5	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	30	เป็นการตรวจว่ามี white cell, red cell ใน stool เท่าไร ถ้าตรวจ parasite ใช้รหัส 35007 รายการ 11.6.15 Wet smear for ova/parasite
2.6	30107	Wright stain, Bone marrow (Differential panel - Bone marrow)	Test	190	
2.7	30110	Wright stain, Buffy coat (Differential panel)	Test	110	
3. COAGULATION					
3.1	30217	Activated Protein C Resistance assay	Test	1,200	
3.2	30231	Alpha 2 antiplasmin	Test	300	



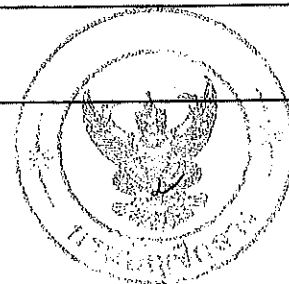
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
3.3	37233	Anti-Beta-2 glycoprotein 1 IgG (Quantitative)	Test	290	
3.4	37234	Anti-Beta-2 glycoprotein 1 IgM (Quantitative)	Test	230	
3.5	37207	Anti-Cardiolipin IgG (Quantitative)	Test	240	
3.6	37208	Anti-Cardiolipin IgM (Quantitative)	Test	250	
3.7	37020	Anticardiolipin (Quantitative)	Test	400	
3.8	30229	Antithrombin III activity (chromogenic)	Test	300	
3.9	30210	Bleeding time	Test	60	
3.10	30205	Clot retraction time/Clot lysis time	Test	30	
3.11	30208	D-dimer (Automate) (Quantitative)	Test	225	
3.12	30206	Euglobulin Lysis Time (ELT)	Test	50	
3.13	30215	Factor assay - Factor II	Test	1,000	
3.14	30221	Factor assay - Factor IX	Test	520	
3.15	30222	Factor assay - Factor IX Inhibitor (Quantitative)	Test	1,000	
3.16	30216	Factor assay - Factor V	Test	1,000	
3.17	30218	Factor assay - Factor VII	Test	1,000	
3.18	30219	Factor assay - Factor VIII	Test	880	
3.19	30220	Factor assay - Factor VIII Inhibitor (Quantitative)	Test	880	
3.20	30223	Factor assay - Factor X	Test	1,000	
3.21	30224	Factor assay - Factor XI	Test	1,000	
3.22	30225	Factor assay - Factor XII	Test	1,000	
3.23	30207	Fibrin Degradation Product (FDP)	Test	800	
3.24	30214	Fibrinogen level	Test	200	
3.25	30230	Heparin anti Xa	Test	400	
3.26	30234	Lupus anticoagulant (confirm), dRVVT (dilute Russell's Viper Venom Time)	Test	300	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีที่ทำ screening แล้วสงสัย จึงตรวจ เพื่อ confirm หรือกรณีติดตามการ รักษา"
3.27	30233	Lupus anticoagulant (screening)	Test	110	
3.28	30202	Partial Thomboplastin Time (PTT)	Test	85	



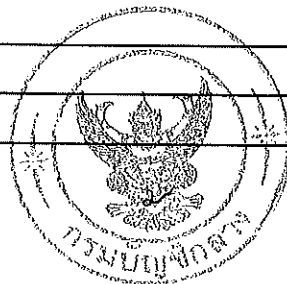
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
3.29	30226	Platelet aggregation (อย่างน้อยต้องมีการตรวจ ADP, Collagen และ Adrenaline)	Test	800	PANEL COAG
3.30	30227	Protein C (chromogenic assay)	Test	720	
3.31	30228	Protein S (chromogenic assay)	Test	840	
3.32	30201	Prothombin Time (PT) and International Normalize Ratio (INR)	Test	75	
3.33	30211	Ristocetin cofactor activity	Test	250	
3.34	30212	Ristocetin induced agglutination (Quantitative)	Test	250	
3.35	30203	Thrombin Time (TT)	Test	80	
3.36	30204	Venous Clotting Time (VCT)	Test	50	
3.37	30209	Von Willebrand factor (Activity)	Test	400	
4. CELL SURFACE MARKER					
4.1	30508	CD3 Count	Test	750	
4.2	30509	CD4 Count	Test	500	
4.3	30510	CD8 Count	Test	500	
4.4	30501	Flow cytometry for acute leukemia panel, Acute Myeloid Leukemia (AML), Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) PANEL.CELLMARKER	Test	2,300	AML panel อย่างน้อยต้องมีการตรวจ Myeloid marker CD7, CD11b, CD13, CD14, CD15, CD16, CD33, CD34, CD45, CD56, CD117, HLA-DR ALL panel อย่างน้อยต้องมีการตรวจ B cell marker CD5, CD10, CD19, CD20, CD45, Kappa, Lambda และ T cell marker CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD45, CD56
4.5	30503	Flow cytometry for detection of DAF (Diaminofluorescein) (CD55 and CD59) (blood)	Test	600	
4.6	30507	Flow cytometry for minimal residual disease, AML panel	Test	1,600	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ Myeloid marker CD7, CD11b, CD13, CD14, CD15, CD16, CD33, CD34, CD45, CD56, CD117, HLA-DR



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
4.7	30505	Flow cytometry for minimal residual disease, B-ALL panel (<i>B Lymphocytes</i>)	Test	1,800	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ B cell marker CD5, CD10, CD19, CD20, CD45, Kappa, Lambda
4.8	30506	Flow cytometry for minimal residual disease, T-ALL panel (<i>T Lymphocytes</i>)	Test	1,600	อย่างน้อยต้องมีการตรวจเช่นเดียวกับ T cell marker CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD45, CD56
4.9	30502	Flow cytometry for Non Hodgkin's lymphoma panel	Test	1,800	อย่างน้อยต้องมีการตรวจ CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD19, CD20, CD45, CD56, Kappa, Lambda
4.10	30504	Flow cytometry for CD34 surface antigen (blood)	Test	1,000	
5. HLA - TRANSPLANT					
5.1	30612	HLA - A DNA typing (low resolution)	Test	2,500	
5.2	30628	HLA - A DNA typing (high resolution)	Test	4,000	
5.3	30609	HLA - A, B DNA typing	Test	6,000	
5.4	30614	HLA - A2 DNA subtyping	Test	5,920	
5.5	30615	HLA - ABC DNA typing	Test	7,500	
5.6	30616	HLA - B DNA typing (low resolution)	Test	3,500	
5.7	30629	HLA - B DNA typing (high resolution)	Test	5,000	
5.8	30617	HLA - B15 DNA subtyping	Test	5,920	
5.9	30618	HLA - C DNA typing (low resolution)	Test	1,500	
5.10	30630	HLA - C DNA typing (high resolution)	Test	3,500	
5.11	30619	HLA - DQA DNA typing	Test	6,500	
5.12	30620	HLA antibody screening - Luminex	Test	2,000	PANEL.HLA
5.13	30606	HLA class II DNA high resolution (DRB, DQB) typing	Test	9,120	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
5.14	30611	HLA class II DNA low resolution (DRB, DQB) typing	Test	4,200	PANEL.HLA
5.15	30517	Lymphocyte Crossmatch (T, B cell) (Flow Cytometry)	Test	5,000	
5.16	30603	Lymphocyte crossmatch (T, B cell) ทั้งผู้ให้และผู้รับอวัยวะ	Test	2,400	
5.17	37263	MICA antibody	Test	7,170	
5.18	37264	MICA genotyping	Test	5,990	
5.19	30623	Single Antigen Antibody HLA Class I - Luminex HLA-A & B & C (class I) Ab.IgG panel	Test	10,000	
5.20	30624	Single Antigen Antibody HLA Class II - Luminex HLA-DP & DQ & DR (class II) Ab.IgG panel	Test	9,000	
5.21	30626	Specific PRA HLA Class I - Luminex (HLA-A+B+C Ab)	Test	3,500	
5.22	30627	Specific PRA HLA Class II - Luminex (HLA-DP+DQ+DR Ab)	Test	3,200	
5.23	30602	Transplantation Autoantibody (T, B cell) ทั้งผู้ให้และผู้รับอวัยวะ	Test	2,400	
6. HLA - NON TRANSPLANT					
6.1	30601	HLA-B27 Serologic typing	Test	600	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ช่วยวินิจฉัยโรค Ankylosing Spondylitis" (2) ถ้าจำเป็นต้องตรวจ HLA DNA - B27 typing ให้ใช้รายการ 5.6 HLA - B DNA typing (low resolution) หรือ 5.7 HLA - B DNA typing (high resolution)
6.2	30621	HLA-B*1502 allele -Realtime PCR (HLA-B*15:02)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจก่อนใช้ยา Carbamazepine"
6.3	30622	HLA-B*5801 allele -Realtime PCR (HLA-B*58:01)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจก่อนใช้ยา Allopurinol"
6.4	30607	Transfusion reaction - HLA antibody	Test	800	
7. URINALYSIS					
7.1	31004	Albumin, Urine (Qualitative)	Test	10	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
7.2	31011	Alkaptonuria, Urine (Homogentisate)	Test	50	
7.3	31102	Bence-Jones protein, Urine (Immunoglobulin light chains)	Test	50	
7.4	31006	Bile, Urine	Test	30	
7.5	31005	Glucose, Urine (Qualitative)	Test	10	รายการนี้ ต้องตรวจพร้อมกับรายการ 7.1 Albumin, Urine ไม่มีการตรวจแยกรายการ เดียว (urine strip มี 2 แถบ)
7.6	31010	Hemosiderin, Urine	Test	50	
7.7	31007	Ketone, Urine (Test strip)	Test	40	
7.8	31003	pH, Urine	Test	20	
7.9	31101	Pregnancy test, Urine	Test	70	
7.10	31002	Specific gravity	Test	20	
7.11	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) PANEL.UA	Test	60	รวมค่าตรวจ albumin, glucose หากเบิก รายการนี้ จะไม่สามารถเบิกค่าตรวจ albumin และ glucose ได้อีก
7.12	31009	Urobilinogen, Urine	Test	50	
8. CHEMISTRY					
8.1 ELECTROLYTE/CATION					
8.1.1	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50	
8.1.2	34118	Calcium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.3	32110	Calcium, ionized	Test	400	
8.1.4	34006	Calcium, Urine	Test	50	
8.1.5	32104	Chloride	Test	40	
8.1.6	32105	CO2	Test	40	
8.1.7	31012	Iodine, Urine	Test	120	
8.1.8	30304	Iron, Serum	Test	100	
8.1.9	32107	Magnesium	Test	50	
8.1.10	34119	Magnesium, 24 hr Urine	Test	60	
8.1.11	32101	Osmolarity, Serum	Test	130	
8.1.12	34001	Osmolarity, Urine	Test	120	
8.1.13	32109	Phosphorus (Phosphate)	Test	50	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.1.14	34120	Phosphorus, 24 hr Urine	Test	60	
8.1.15	32103	Potassium	Test	40	
8.1.16	34121	Potassium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.17	34004	Potassium, Urine	Test	40	
8.1.18	32102	Sodium	Test	40	
8.1.19	34122	Sodium, 24 hr Urine	Test	50	
8.1.20	34002	Sodium, Urine	Test	40	
8.1.21	32108	Zinc, Serum/Urine	Test	220	
8.2 INORGANIC/ORGANIC					
8.2.1	32210	Ammonia	Test	350	
8.2.2	37254	B-crosslaps (<i>Collagen crosslinked C-telopeptide</i>)	Test	450	ข้อบ่งชี้ "ใช้ดูการสลายกระดูก "
8.2.3	32414	Beta carotene	Test	1,000	
8.2.4	32207	Bilirubin, Direct (<i>Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound</i>)	Test	40	
8.2.5	32209	Bilirubin, Micro (<i>Neonatal bilirubin panel</i>)	Test	40	
8.2.6	32208	Bilirubin, Total	Test	40	
8.2.7	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	40	
8.2.8	34124	Citrate, 24 hr Urine	Test	530	
8.2.9	32202	Creatinine	Test	40	
8.2.10	34102	Creatinine, 24 hr Urine	Test	50	
8.2.11	34101	Creatinine, Urine	Test	40	
8.2.12	30306	Ferritin	Test	310	
8.2.13	32415	Folate	Test	240	
8.2.14	32206	Fructosamine	Test	120	
8.2.15	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) (<i>Quantitative</i>)	Test	40	
8.2.16	30311	Homocysteine	Test	480	
8.2.17	32216	Ketones, Serum (<i>Quantitative</i>)	Test	150	
8.2.18	32008	Lactate	Test	150	



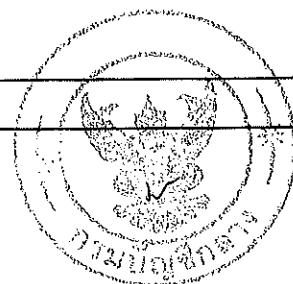
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.2.19	32501	Lipid - Cholesterol	Test	60	(1) สำหรับกรณีการแยกตรวจเฉพาะบางรายการ (2) ถ้าตรวจ Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG) ให้เบิกรายการ 8.6.4 Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG) รหัส 32004
8.2.20	32503	Lipid - HDL - cholesterol Cholesterol in HDL	Test	100	
8.2.21	32502	Lipid - TG (Triglyceride)	Test	60	
8.2.22	32504	Lipid - LDL - chol (direct) Cholesterol in LDL, Direct assay สั่งรายการเดียว	Test	150	
8.2.23	34125	Oxalate, Urine (Quantitative)	Test	1,100	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยที่มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ"
8.2.24	34115	Porphyryn, Urine (Quantitative)	Test	120	
8.2.25	34126	Sulfate, Urine (Quantitative)	Test	710	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยที่มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ"
8.2.26	32205	Uric acid (Urate)(Quantitative)	Test	60	
8.2.27	32409	Vitamin A (Retinol)	Test	1,000	
8.2.28	32410	Vitamin B1 (Thiamine)	Test	150	
8.2.29	32416	Vitamin B2 (Riboflavin)	Test	550	
8.2.30	32417	Vitamin B6 (Pyridoxine)	Test	550	
8.2.31	32411	Vitamin B12 (Cobalamins)	Test	240	
8.2.32	32412	Vitamin C (Ascorbic acid)	Test	300	
8.2.33	32418	Vitamin D (Calciferol) Vitamin D2	Test	900	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการตรวจผู้ป่วยโรค Rickets และเมื่อสงสัยภาวะพร่องวิตามินดี"
8.2.34	32413	Vitamin E (Tocopherols)	Test	1,000	
8.3 ENZYME/PROTEIN					
8.3.1	32301	Acid phosphatase, Total	Test	150	
8.3.2	33801	Adenosine deaminase (body fluid)	Test	200	
8.3.3	32403	Albumin (Quantitative)	Test	30	
8.3.4	32314	Aldolase	Test	150	
8.3.5	32309	Alkaline phosphatase	Test	40	
8.3.6	37250	Alpha 1 antitrypsin (Quantitative)	Test	400	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในผู้ป่วยตับแข็งหรือถุงลมปอดโป่งพองที่ไม่ทราบสาเหตุ"
8.3.7	32303	Amylase, Serum	Test	100	
8.3.8	34114	Amylase, Urine	Test	80	



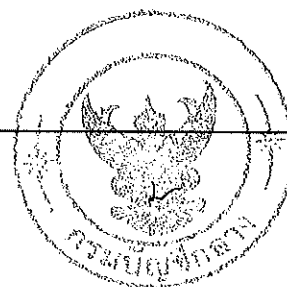
ลำดับ	รหัส รายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.3.9	32505	Apo lipoprotein A	Test	200	
8.3.10	32506	Apo lipoprotein B	Test	200	
8.3.11	37304	Beta 2 microglobulin, serum/urine (Quantitative)	Test	480	
8.3.12	37315	Beta 2 glycoprotein IgG (β 2 GP1) (Quantitative)	Test	300	
8.3.13	32406	Ceruloplasmin	Test	360	
8.3.14	33803	Cholinesterase, Plasma or red cell (Quantitative)	Test	200	
8.3.15	32305	Creatine Kinase-MB (CK-MB)	Test	90	
8.3.16	32304	Creatinine Phosphokinase (CPK) (Creatine kinase) (Quantitative)	Test	75	
8.3.17	37103	C-reactive protein (CRP) (Quantitative)	Test	130	
8.3.18	37218	C-reactive protein (CRP), High sensitivity	Test	250	
8.3.19	37219	Cryoglobulin (Qualitative)	Test	100	
8.3.20	30310	G-6-PD Qualitative	Test	70	
8.3.21	30322	G-6-PD Quantitative	Test	230	
8.3.22	32312	Gamma glutamyl transpeptidase	Test	130	
8.3.23	30317	Haptoglobin (Quantitative)	Test	200	
8.3.24	32401	Hb A1C	Test	150	
8.3.25	32306	LDH Lactate dehydrogenase (Quantitative)	Test	60	
8.3.26	32315	LDH isoenzyme	Test	250	
8.3.27	32313	Lipase (Triacylglycerol lipase)	Test	200	
8.3.28	32507	Lipoprotein a	Test	250	
8.3.29	34116	Microalbumin, Urine	Test	270	
8.3.30	32316	Myoglobin (Quantitative)	Test	300	
8.3.31	32407	NT-pro BNP (Natriuretic peptide.B prohormone N-Terminal)	Test	1,300	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.3.32	32614	Osteocalcin	Test	250	เป็นการตรวจ bone turnover ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน (osteoporosis)/ตรวจฮอร์โมนกระดูก ดูการสลายกระดูกโดยรวม
8.3.33	32408	Prealbumin	Test	300	
8.3.34	32310	SGOT (AST Aspartate aminotransferase)	Test	40	
8.3.35	32311	SGPT (ALT Alanine aminotransferase)	Test	40	
8.3.36	37596	Thiopurine methyltransferase activity วิธี HPLC (TPMT gene targeted mutation analysis)	Test	1,100	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจผู้ป่วยที่ได้รับยา azathioprine และเกิด severe bone marrow suppression"
8.3.37	32630	Thyroglobulin, Serum	Test	400	
8.3.38	30305	TIBC (Iron binding capacity)	Test	80	
8.3.39	34301	Total protein (Quantitative)	Test	60	
8.3.40	34104	Total protein, 24 hr Urine (Quantitative)	Test	50	
8.3.41	34103	Total protein, Urine random (Quantitative)	Test	40	
8.3.42	30307	Transferrin	Test	250	
8.3.43	32307	Troponin	Test	260	
8.4 HORMONE					
8.4.1	34112	17-KS, Urine	Test	250	
8.4.2	32606	17-OH-progesterone (17-Hydroxyprogesterone)	Test	1,700	ข้อบ่งชี้ "เพื่อใช้ผลในการวินิจฉัยโรคทางระบบต่อมหมวกไต"
8.4.3	34113	17-OHCS, Urine (17-Hydroxycorticosteroids)	Test	250	
8.4.4	32601	ACTH (Corticotropin)	Test	350	
8.4.5	32604	Aldosterone	Test	720	
8.4.6	32624	C-peptide	Test	350	
8.4.7	32615	Calcitonin	Test	500	
8.4.8	34107	Catecholamine, Urine (Quantitative)	Test	1,500	
8.4.9	32603	Cortisol	Test	300	



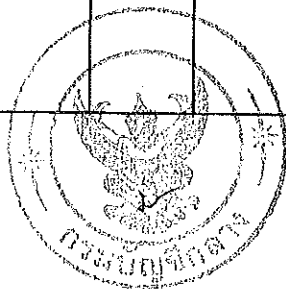
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.4.10	32607	DHEA-sulphate (Dehydroepiandrosterone sulfate)	Test	300	
8.4.11	30308	EPO (erythropoietin)	Test	250	
8.4.12	32618	Estradiol	Test	170	
8.4.13	34111	Free cortisol, Urine	Test	250	
8.4.14	32616	FSH (Follicle stimulating hormone) (Folliotropin)	Test	135	
8.4.15	32623	Growth hormone (Somatotropin)	Test	600	ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.16	34110	HIAA, Urine (5-Hydroxyindoleacetic acid)	Test	250	
8.4.17	34109	HVA (Homovanillic acid), Urine (Quantitative)	Test	600	
8.4.18	32625	Insulin (Quantitative)	Test	250	
8.4.19	32626	Insulin - IGF1 (Insulin-like growth factor-I)	Test	720	ข้อบ่งชี้ "สงสัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.20	32627	Insulin - IGF BP3 (Insulin-like growth factor binding protein 3) (Quantitative)	Test	480	ข้อบ่งชี้ "สงสัยภาวะขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต"
8.4.21	32617	LH (Lutropin)	Test	190	
8.4.22	33316	Metanephrine and normetanephrine, plasma	Test	1,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Neuroendocrine tumor"
8.4.23	34108	Metanephrine, Urine	Test	1,000	
8.4.24	37313	NSE (Neuron-specific enolase)	Test	500	
8.4.25	32619	Progesterone	Test	250	
8.4.26	32622	Prolactin	Test	300	
8.4.27	32613	PTH (intact) (Parathyrin.intact)	Test	210	
8.4.28	32605	Renin	Test	800	
8.4.29	32620	Testosterone (Quantitative)	Test	190	
8.4.30	32612	Thyroid hormone - Free T3 (Free Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine.free)	Test	170	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.4.31	32610	Thyroid hormone - Free T4 (Free Thyroxine)	Test	150	
8.4.32	32611	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine)	Test	150	
8.4.33	32608	Thyroid hormone - TSH (Thyroid Stimulating Hormone) (Thyrotropin) (Quantitative)	Test	170	
8.4.34	32632	Thyroid hormone - TSH, Neonatal blood spot (IRMA) (Immunoradiometric assay)	Test	50	
8.4.35	34105	Vanillylmandelic acid (VMA), Urine	Test	300	
8.5 TUMOR MARKER					
8.5.1	37302	Alpha Fetoprotein (AFP) (Alpha-1-Fetoprotein)	Test	250	ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย germ cell tumor หรือผู้ป่วยที่มีก้อนที่ตับสงสัยว่าเป็น hepatocellular carcinoma"
8.5.2	37303	Beta - HCG (Choriogonadotropin, beta subunit) (Quantitative)	Test	160	
8.5.3	37306	CA 125 (Cancer Ag 125) (Quantitative)	Test	550	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ และใช้ติดตามภายหลังการ
8.5.4	37307	CA 19-9 (Cancer Ag 19-9) (Quantitative)	Test	550	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนหรือทางเดินน้ำดี และใช้ติดตามภายหลังการรักษา"
8.5.5	37308	CEA (Carcinoembryonic antigen)	Test	280	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ และใช้ติดตามภายหลังการ
8.5.6	37311	Free PSA (Prostate specific Ag, free)	Test	400	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในกรณีที่มี PSA ก้ำกึ่งว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งมีค่า PSA อยู่ระหว่าง 4 - 10 ng/ml"
8.5.7	37305	HCG titer (Choriogonadotropin)	Test	300	
8.5.8	37310	PSA (Prostate-specific antigen)	Test	300	
8.6 PANEL CHEM					
8.6.1	32002	Blood gas analysis	Test	195	
8.6.2	37505	Carnitine/acylcarnitine analysis	Test	2,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6.3	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO ₂)	Test	100	
8.6.4	32004	Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)	Test	200	
8.6.5	32005	Lipoprotein electrophoresis	Test	300	
8.6.6	32003	Liver function test	Test	290	ประกอบด้วย การตรวจ ALT, AST, Alkaline phosphatase, Direct Bilirubin, Total Bilirubin, Albumin และ Total protein
8.6.7	37501	Metabolic screen	Test	200	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.8	37502	Quantitative plasma amino acid analysis	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.9	31511	Stone composition analysis	Test	560	
8.6.10	37503	Urine organic acid analysis	Test	2,500	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
8.6.11	37504	Urine Thin layer chromatography for MPS (Mucopolysaccharidosis) (ตรวจ Glycosaminoglycans)	Test	2,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์เวชพันธุศาสตร์"
9. CHALLENGE TEST					
9.1	32635	ACTH (1 mg) Stimulation (for cortisol)	Test	2,740	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ cortisol (ค่าเจาะตรวจ) 3 ครั้ง รวมค่ายา
9.2	32636	ACTH (250 mcg) Stimulation (for cortisol)	Test	1,180	(2) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ cortisol (ค่าเจาะตรวจ) 3 ครั้ง รวมค่ายา
9.3	37231	Bromocriptine test (for GH)	Test	1,400	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรค acromegaly" (2) ราคาเหมาจ่ายค่าตรวจ Growth hormone 5 ครั้ง รวมค่ายา Bromocriptine
9.4	32637	Insulin Tolerance Test (for POCT, cortisol and GH)	Test	4,100	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ Adrenal insufficiency" (2) ราคาเหมาจ่าย ค่าตรวจ GH, cortisol และ glucose (POCT) จำนวน 7 ครั้ง



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
9.5	32204	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 2 ครั้ง	Test	170	ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน (เป็นการตรวจตาม WHO guideline)"
9.6	32218	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 5 ครั้ง	Test	300	ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน"
9.7	37248	OGTT for GH	Test	1,700	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรค acromegaly" (2) ราคาเหมาจ่าย ค่าตรวจน้ำตาล 6 ครั้ง และตรวจ GH 5 ครั้ง
10. DRUG/TOXICOLOGY					
10.1	33107	Acetaminophen (quantitative)	Test	300	
10.2	33550	Acetone (quantitative)	Test	250	
10.3	33901	Alcohols, blood (quantitative)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรด โดยไม่ทราบสาเหตุ"
10.4	33501	Aluminium (quantitative)	Test	360	
10.5	33006	Amikacin (quantitative)	Test	350	ใช้ตรวจกรณีช่วยในการกำหนดขนาดและความถี่ของการบริหารยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหน้าที่ไตบกพร่อง แต่จำเป็นต้องใช้ยา
10.6	33112	Amitriptyline (quantitative)	Test	1,000	
10.7	33701	Amphetamine	Test	100	
10.8	33114	Antidepressants	Test	300	
10.9	37239	Antihistamines (qualitative)	Test	200	
10.10	33502	Arsenic (Gastric Lavage, Toxin sample)	Test	200	ตรวจจากปัสสาวะและเลือด ใช้วิธี atomic absorption spectroscopy AAS ได้ผลเป็นปริมาณ โดยส่วนใหญ่จะตรวจในปัสสาวะ
10.11	33503	Arsenic (quantitative จาก Urine, EDTA blood)	Test	600	ส่วนการตรวจจาก toxin sample อื่น ใช้วิธี color test ได้ผลเป็นบวก-ลบ
10.12	33118	Barbiturates (quantitative)	Test	450	
10.13	33552	Benzene (quantitative)	Test	250	
10.14	33123	Benzodiazepine (qualitative)	Test	100	
10.15	33524	Cadmium (quantitative)	Test	380	
10.16	33702	Cannabinoid	Test	450	
10.17	33602	Carbamate	Test	200	
10.18	33101	Carbamazepine (quantitative)	Test	300	



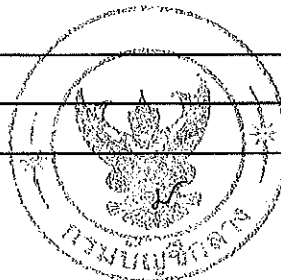
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
10.19	33554	Chloroform	Test	300	
10.20	33505	Chromium (quantitative)	Test	380	
10.21	33506	Copper (quantitative)	Test	220	
10.22	33515	Cyanide (quantitative)	Test	200	
10.23	33201	Cyclosporin (quantitative)	Test	1,000	
10.24	33302	Digoxin (quantitative)	Test	240	
10.25	33555	Ethanol (Ethyl alcohol) วิธี GC	Test	300	
10.26	33208	Everolimus (quantitative)	Test	1,100	
10.27	31104	Hippuric acid (qualitative)	Test	200	
10.28	33151	Imipramine (qualitative)	Test	200	
10.29	33556	Isopropanol (qualitative)	Test	280	
10.30	33508	Lead (quantitative)	Test	400	
10.31	33110	Lithium (quantitative)	Test	380	
10.32	33517	Manganese (quantitative)	Test	220	
10.33	33705	Marijuana (Cannabinoid) วิธี immunoassay	Test	145	
10.34	33512	Mercury (quantitative)	Test	380	
10.35	33707	Methadone, Confirm test (quantitative)	Test	840	
10.36	33708	Methamphetamine (qualitative)	Test	100	
10.37	33709	Methamphetamine, Confirm test (quantitative)	Test	1,000	
10.38	33557	Methanol วิธี GC	Test	270	
10.39	33710	Morphine (quantitative)	Test	100	ใช้ในกรณีตรวจ opiates แล้วได้ผล positive
10.40	33727	Mycophenolate (quantitative)	Test	1,000	ข้อบ่งชี้ "ให้เบิกได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับยา Mycophenolate และเบิกได้ไม่เกิน 4 ครั้ง (Test) ต่อวัน" (ตรวจ 1 specimen ราคา 1,000 บ. ต่อ test)
10.41	33513	Nickel (quantitative)	Test	380	
10.42	33725	Opiates (quantitative)	Test	450	
10.43	33610	Organochlorine (Type)	Test	1,000	
10.44	33611	Organonitrogen	Test	1,000	
10.45	33604	Organophosphate (qualitative)	Test	120	



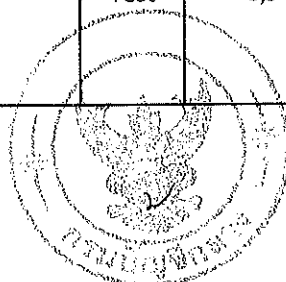
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
10.46	33605	Paraquat (<i>qualitative</i>)	Test	200	
10.47	33102	Phenobarbital (<i>quantitative</i>)	Test	240	
10.48	33171	Phenothiazine (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.49	33103	Phenytoin (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.50	33319	Pyrethrins	Test	1,000	
10.51	33108	Salicylate (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.52	33204	Sirolimus (<i>quantitative</i>)	Test	1,000	
10.53	36387	Surfactant	Test	200	
10.54	33203	Tacrolimus (<i>quantitative</i>)	Test	1,000	
10.55	33301	Theophylline (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.56	33558	Thinner (<i>Toluene</i>)	Test	200	
10.57	33104	Valproic acid/Sodium valproate (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.58	33005	Vancomycin (<i>quantitative</i>)	Test	300	
10.59	33560	Volatile Organic Compounds	Test	800	
10.60	33607	Zinc Phosphide	Test	100	
11. MICROBIOLOGY					
11.1 BACTERIA					
11.1.1	35101	Aerobic culture and sensitivity	Test	250	
11.1.2	35102	Anaerobic culture and sensitivity	Test	300	
11.1.3	36012	B. pseudomallei - Ab (Meloid titer) - Indirect hemagglutination assay (IHA)	Test	100	
11.1.4	36061	B. pseudomallei - Ab (Meloid titer) IgM/IgG quantification-Immunofluorescent assay (IFA)	Test	200	
11.1.5	36021	Bacterial Antigen (CSF), including H. influenzae, N. meningitidis, S. pneumoniae, S. agalactiae	Test	800	
11.1.6	36024	Brucella spp. Ab	Test	100	
11.1.7	36017	Clostridium difficile toxin (<i>Qualitative</i>)	Test	500	
11.1.8	35002	Gram stain	Test	65	



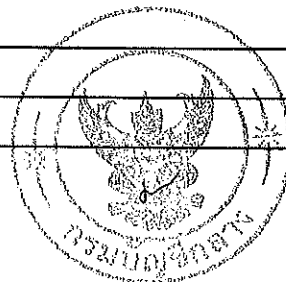
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.1.9	36013	Haemophilus influenzae type b Ag	Test	200	
11.1.10	35201	Helicobacter pylori - Urease test (gastric biopsy)	Test	50	
11.1.11	36015	Helicobacter pylori (CLO)	Test	300	
11.1.12	36014	Helicobacter pylori/Ab (Quantitative)	Test	500	
11.1.13	35105	Hemoculture and sensitivity, Automate ต่อ 1 ชวด	Test	300	เหมือนกับรายการ 11.1.1 Aerobic culture and sensitivity แต่ aerobic culture and sensitivity ตรวจได้ทั้งในเลือดและ specimen อื่น
11.1.14	36025	Legionella pneumophila DNA detection, NP wash	Test	750	เป็นการตรวจจาก nasopharyngeal aspirate หรือ wash ด้วยวิธี PCR
11.1.15	36026	Legionella pneumophila Ag, urine ด้วยวิธี IC assay	Test	1,190	เป็นการตรวจในปัสสาวะด้วยวิธี immunochromatographic assay (IC assay)
11.1.16	36007	Leptospira spp. Ab detection (Qualitative)	Test	200	
11.1.17	35111	Minimum Bactericidal Concentration (MBC)	Test	150	
11.1.18	35109	Minimum Inhibitory Concentration (MIC)	Test	150	
11.1.19	36023	Mycoplasma pneumoniae Ab	Test	250	
11.1.20	36046	Mycoplasma pneumoniae, quantitative DNA detection	Test	1,110	ข้อบ่งชี้ "เมื่อการตรวจ Mycoplasma pneumoniae Ab ให้ผลลบ ลักษณะทางคลินิกยังสงสัยว่าจะเป็นเชื้อ mycoplasma"
11.1.21	36010	Neisseria meningitidis Ag detection (Qualitative)	Test	250	
11.1.22	36053	Orientia tsutsugamushi (Scrub Typhus) Ab detection	Test	200	
11.1.23	36740	Rickettsia typhi Ab detection	Test	200	
11.1.24	36001	Streptococcus gr A - Anti - Streptolysin O	Test	110	
11.1.25	36009	Streptococcus gr B Ag	Test	250	
11.1.26	36008	Streptococcus pneumoniae Ag	Test	250	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.1.27	31502	Treponema pallidum - Dark field examination	Test	50	
11.1.28	36004	Treponema pallidum - FTA - Abs	Test	200	
11.1.29	36006	Treponema pallidum - TPHA	Test	100	รายการ "Treponema pallidum - TPHA"
11.1.30	36003	Treponema pallidum - VDRL (RPR) (Reagin Ab, D400)	Test	50	และ "Treponema pallidum - VDRL (RPR)" ใช้แทนกันได้
11.2 MYCOBACTERIA					
11.2.1	35001	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	60	
11.2.2	35250	IFN- γ release assay for TB (Mycobacterium tuberculosis stimulated gamma interferon panel)	Test	2,300	ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีสงสัยว่าเป็นวัณโรค แต่การตรวจสิ่งส่งตรวจไม่พบเชื้อ เพื่อยืนยันว่าไม่ได้ติดเชื้อวัณโรคในกรณีที่การทดสอบนี้ได้ผลลบ"
11.2.3	35005	Modified acid-fast stain	Test	70	
11.2.4	35113	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for NTM	Test	800	
11.2.5	36036	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for 1st line anti-TB ชื่อยา INH, RIF, EMB, PZN, SM	Test	250	
11.2.6	36037	Mycobacteria: antimicrobial susceptibility test for 2nd line anti-TB ชื่อยา Kanamycin, Levofloxacin	Test	350	
11.2.7	35103	Mycobacterium culture	Test	200	
11.2.8	36018	Mycobacteria: direct PCR	Test	880	
11.3 VIRUS					
11.3.1	36552	Adenovirus Ag (Qualitative)	Test	250	เป็นการตรวจ qualitative โดยเมื่อตรวจแล้วได้ผล positive จะตรวจ viral load ต่อ แต่ถ้าได้ผล negative จะตรวจ DNA detection
11.3.2	36553	Adenovirus DNA detection (Qualitative)	Test	570	ตรวจรายการนี้ เมื่อตรวจ Adenovirus Ag แล้วได้ผล negative
11.3.3	36555	Adenovirus, viral load	Test	1,540	ตรวจรายการนี้เมื่อตรวจ Adenovirus Ag และ Adenovirus DNA detection แล้วได้ผล positive และใช้ติดตามการรักษา



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.4	36700	Avian influenza virus Ag (rapid)	Test	480	
11.3.5	36504	Avian influenza virus, qualitative RT-PCR	Test	1,600	
11.3.6	36603	Chikungunya virus RNA detection	Test	580	
11.3.7	36601	Chikungunya Ab (Quantitative)	Test	250	
11.3.8	36710	<i>Chlamydia pneumoniae</i> DNA detection	Test	570	
11.3.9	36713	Chlamydia trachomatis Ag	Test	220	
11.3.10	36580	Coxsackie B virus neutralizing Ab (NT)	Test	500	
11.3.11	36440	Cytomegalovirus (CMV) Ab	Test	250	
11.3.12	36443	Cytomegalovirus (CMV) viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	2,500	
11.3.13	36461	Cytomegalovirus (CMV) Ag	Test	450	
11.3.14	36614	Dengue virus Ag NS1	Test	260	
11.3.15	36610	Dengue virus Ab (qualitative)	Test	260	
11.3.16	36613	Dengue virus, qualitative RT - PCR	Test	900	ข้อบ่งชี้ "ใช้ติดตามการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ"
11.3.17	36464	Echovirus Ag	Test	350	
11.3.18	36750	Enterovirus 71 Ag	Test	350	
11.3.19	36752	Enterovirus 71 RNA detection	Test	870	
11.3.20	36755	Enterovirus Ag	Test	390	
11.3.21	36466	Enterovirus RNA detection	Test	710	
11.3.22	36430	Epstein-Barr virus EBV Ab detection	Test	300	
11.3.23	36433	Epstein-Barr virus EBV, viral load RT - PCR	Test	1,600	
11.3.24	31302	Giemsa stain for Virus or Parasite	Test	70	
11.3.25	36302	Hepatitis A virus - Anti HAV IgM (ELISA)	Test	400	
11.3.26	36311	Hepatitis B virus HBc Ab (Hepatitis B virus core Ab)	Test	200	
11.3.27	36312	Hepatitis B virus HBc Ab (IgM)	Test	300	
11.3.28	36315	Hepatitis B virus Hbe Ab	Test	300	



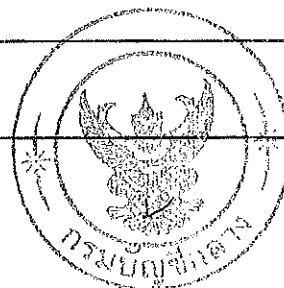
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.29	36314	Hepatitis B virus Hbe Ag	Test	180	
11.3.30	36317	Hepatitis B virus HBs Ab detection	Test	150	
11.3.31	36319	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	130	
11.3.32	36318	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	70	
11.3.33	36321	Hepatitis B virus HBs - Quantitative Ag	Test	2,200	
11.3.34	36323	Hepatitis B virus HBV Genotype, drug resistance	Test	3,200	
11.3.35	36320	Hepatitis B virus HBV PCR - viral load	Test	1,300	
11.3.36	36334	Hepatitis C virus HCV genotype (line-probe)	Test	2,800	
11.3.37	36333	Hepatitis C virus HCV viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	2,300	
11.3.38	36331	Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)	Test	300	
11.3.39	36384	Hepatitis D virus HDV anti - HDV Ab	Test	300	
11.3.40	36385	Hepatitis E virus HEV Ab	Test	300	
11.3.41	36450	HHV-6 (Human Herpesvirus type 6) PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.42	36451	HHV-7 PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.43	36452	HHV-8 PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300	
11.3.44	36362	HIV viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,800	
11.3.45	36372	HIV-1 Drug resistance genotype to protease inhibitors (PI)	Test	3,700	
11.3.46	36370	HIV-1 Drug resistance genotype (3-Drug Class Resistance, 3-DCR)	Test	6,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.47	36371	HIV-1 Drug resistance genotype to reverse transcriptase inhibitors (NRTI, NNRTI)	Test	3,700	
11.3.48	36352	HIV Ab (confirm) - WESTERN BLOT	Test	1,000	
11.3.49	36351	HIV Ab (screening)	Test	120	
11.3.50	36350	HIV Ab (screening) - RAPID	Test	220	
11.3.51	36360	HIV Ag (Qualitative)	Test	130	
11.3.52	31503	HSV detection - Tzank's smear (Wright's stain)	Test	80	
11.3.53	31501	HSV direct Ag detection with Immunofluorescence assay	Test	200	
11.3.54	36405	HSV type 1&2 viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,400	
11.3.55	36402	HSV-1 and -2 Ab detection	Test	300	
11.3.56	36406	HSV-1 and -2, isolation (culture)	Test	500	
11.3.57	36353	HTLV-1 Ab	Test	150	
11.3.58	36760	Human Metapneumovirus Ag	Test	330	
11.3.59	36762	Human metapneumovirus RNA detection	Test	890	
11.3.60	36506	Influenza A and B virus Ag (rapid test)	Test	350	เป็นการตรวจขั้นต้นว่ามี virus หรือไม่ แต่ยังไม่ทราบสายพันธุ์
11.3.61	36508	Influenza A virus RNA detection (Quantitative)	Test	1,200	
11.3.62	36514	Influenza A virus Ag	Test	270	เป็นการตรวจต่อจาก Influenza A and B virus Ag (rapid test) เพื่อให้ทราบว่าเป็นสายพันธุ์อะไร ซึ่งเพียงพอสำหรับการรักษา
11.3.63	36516	Influenza B virus RNA detection (Quantitative)	Test	580	
11.3.64	36517	Influenza B virus Ag	Test	270	เป็นการตรวจต่อจาก Influenza A and B virus Ag (rapid test) เพื่อให้ทราบว่าเป็นสายพันธุ์อะไร ซึ่งเพียงพอสำหรับการรักษา
11.3.65	37803	Japanese encephalitis virus (JEV) RNA detection	Test	860	



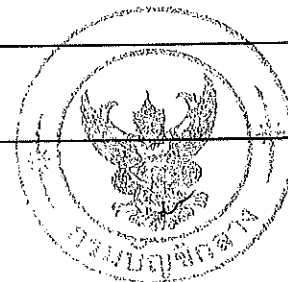
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.66	36620	Japanese encephalitis virus Ab (Qualitative)	Test	250	
11.3.67	36671	JC Virus and BK Virus viral load - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,600	
11.3.68	36655	Measles virus Ab IgG	Test	250	
11.3.69	36656	Measles virus Ab IgM	Test	250	
11.3.70	36650	Mumps Ab IgG (ELISA)	Test	250	
11.3.71	36684	Mumps Ab IgM (ELISA)	Test	250	
11.3.72	36521	Parainfluenza virus Ag (ชนิดละ)	Test	270	กำหนดให้ตรวจ Parainfluenza virus Ag (ชนิดละ) หรือ Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgG (ELISA) หรือ Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgM (ELISA) อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
11.3.73	36520	Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgG (ELISA)	Test	270	
11.3.74	36527	Parainfluenza virus 1, 2, 3 Ab IgM (ELISA)	Test	270	
11.3.75	36681	Parvo virus B19 PCR (Real time PCR) Quantitative	Test	1,300	
11.3.76	36680	Parvo virus B19 Ab IgG (ELISA)	Test	-	
11.3.77	36680	Parvo virus B19 Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.78	36642	Rabies virus (NASBA) (Nucleic Acid Sequence Based Amplification)	Test	1,500	
11.3.79	36640	Rabies virus Ab	Test	300	
11.3.80	36641	Rabies virus Ag (FTA)	Test	250	
11.3.81	36541	Respiratory syncytial virus (RSV) Ag	Test	350	
11.3.82	36540	Respiratory syncytial virus Ab IgG (ELISA)	Test	-	
11.3.83	36540	Respiratory syncytial virus Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.84	36570	Rota virus Ag	Test	200	
11.3.85	36571	Rotavirus RNA detection	Test	250	
11.3.86	36660	Rubella Ab IgG	Test	200	
11.3.87	36661	Rubella Ab IgM	Test	300	
11.3.88	36420	Varicella zoster virus (VZV) Ab IgG (ELISA)	Test	300	



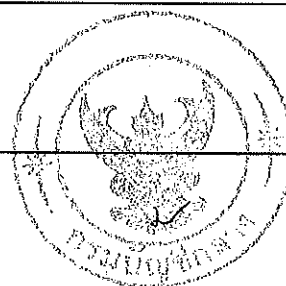
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.3.89	36420	Varicella zoster virus (VZV) Ab IgM (ELISA)	Test	300	
11.3.90	36421	Varicella zoster virus (VZV) Quantitative (Real time PCR)	Test	1,500	
11.4 FUNGUS					
11.4.1	35116	Aspergillus: galactomannan Ag detection (Quantitative)	Test	500	
11.4.2	37227	Cryptococcal Ag, serum/CSF (Qualitative)	Test	270	
11.4.3	35107	Culture for fungus	Test	300	
11.4.4	35114	Fungus: antimicrobial susceptibility test	Test	600	
11.4.5	35240	Fungus: Molecular identification	Test	1,760	
11.4.6	35003	Indian ink preparation	Test	60	
11.4.7	35004	KOH preparation	Test	60	
11.4.8	36106	Pythium Ab detection	Test	200	
11.5 PROTOZOA					
11.5.1	31223	Amoeba - Special stain for free-living amoeba (Giemsa's staining)	Test	160	
11.5.2	31224	Amoeba - Special stain for free-living amoeba (Trichrome staining)	Test	250	
11.5.3	31225	Cryptosporidium (modified acid fast stain)	Test	70	
11.5.4	36208	Entamoeba histolytica Ab	Test	600	
11.5.5	36212	Leishmania NNE culture	Test	410	
11.5.6	31214	Malaria, thick film	Test	50	
11.5.7	30126	Malaria, thin film	Test	50	
11.5.8	35006	Microsporidia, special stain	Test	120	
11.5.9	31217	Naegleria /Acanthamoeba NNE culture	Test	240	
11.5.10	31303	Pneumocystis carinii, special stain	Test	150	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
11.5.11	36202	Pneumocystis carinii - Fluorescent Assay	Test	300	
11.5.12	31221	Protozoa detection, special stain	Test	120	
11.5.13	36103	Toxoplasma Ab IgG (Quantitative)	Test	250	
11.5.14	36103	Toxoplasma Ab IgM (Quantitative)	Test	250	
11.6 PARASITE					
11.6.1	31212	Angiostrongylus Ab	Test	910	
11.6.2	37214	Arthropod identification	Test	160	
11.6.3	36203	Cysticercosis Ab (Taenia solium larva Ab)	Test	120	
11.6.4	31207	Enterobiasis - Scotch tape technique	Test	120	
11.6.5	31307	Filariasis - Giemsa stain	Test	190	
11.6.6	37268	Filariasis - IgG4 Ab	Test	730	
11.6.7	37601	Filariasis - Real time PCR	Test	690	
11.6.8	31215	Gnathostomiasis Ab	Test	910	
11.6.9	36217	Paragonimiasis Ab	Test	1,120	
11.6.10	31218	Parasite identification (Ova & parasites identified)	Test	160	
11.6.11	35008	Scabiasis	Test	60	
11.6.12	37906	Simple sedimentation (Stool)	Test	160	
11.6.13	31219	Stool concentration (Formalin-ethyl acetate technique/Kato's Thick smear)	Test	160	
11.6.14	36215	Trichinosis Ab	Test	1,730	
11.6.15	35007	Wet smear for ova/parasite	Test	60	
12. SEROLOGY					
12.1	37015	Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies (ANCA) (Quantitative)	Test	360	
12.2	37004	Anti-dsDNA Ab (DNA double strand Ab, Quantitative)	Test	210	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
12.3	37010	Anti-La (SS-B) Ab (<i>Sjogrens syndrome-B extractable nuclear Ab Quantitative</i>)	Test	400	
12.4	37018	Anti-LKM (Liver-Kidney-Microsome) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	360	
12.5	37013	Anti-MPO (Myeloperoxidase) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	550	
12.6	37008	Anti-nRNP Ab (ELISA) (<i>Ribonucleoprotein extractable nuclear Ab Quantitative</i>)	Test	350	
12.7	37007	Anti-nRNP Ab (Immunodiffusion) (<i>Ribonucleoprotein extractable nuclear Ab Qualitative</i>)	Test	110	
12.8	37014	Anti-PR3 (Proteinase 3) Ab (<i>Quantitative</i>)	Test	550	
12.9	37009	Anti-Ro (SS-A) Ab (<i>Sjogrens syndrome-A extractable nuclear Ab, Quantitative</i>)	Test	400	
12.10	37011	Anti-Scl 70 Ab	Test	110	
12.11	37005	Anti-Sm Ab (<i>Smith extractable nuclear Ab</i>)	Test	110	
12.12	37006	Anti-Sm Ab (ELISA)	Test	270	
12.13	37017	Anti-Smooth muscle Ab	Test	300	
12.14	37211	Anti-Thyroglobulin Ab	Test	200	
12.15	37012	Anticentromere Ab	Test	300	
12.16	37016	Antimitochondrial Ab	Test	300	
12.17	37003	Antinuclear Ab (FANA, ANA)	Test	450	
12.18	37001	Rheumatoid factor - Latex (<i>Qualitative</i>)	Test	80	
12.19	37002	Rheumatoid factor - Nephelometry (<i>Quantitative, Titer</i>)	Test	200	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
13. IMMUNO					
13.1	37107	Complement C4 level (Quantitative)	Test	300	
13.2	37105	Complement CH50 (Complement total hemolytic CH50, Quantitative)	Test	150	
13.3	37101	Complement C3 level - Latex (Qualitative)	Test	60	
13.4	37102	Complement C3 level - Nephelometry (Quantitative)	Test	250	
13.5	37205	Immunoglobulin level IgA (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders"
13.6	37350	Immunoglobulin level IgE (total)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome"
13.7	37201	Immunoglobulin level IgG (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion"
13.8	37206	Immunoglobulin level IgM (Quantitative)	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia"
14. PANEL SERO/IMMUNO					
14.1	33154	Immunofixation electrophoresis	Test	1,470	ข้อบ่งชี้ "ใช้เฉพาะกรณี plasma cell disorders"
14.2	32006	Protein electrophoresis, serum/urine	Test	350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับผู้ป่วย hyperglobulinemia และ plasma cell disorders"
15. ALLELGRY					

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ

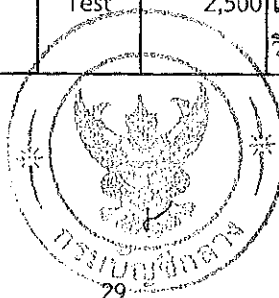
1. ตรวจยืนยันกรณีที่ผล skin prick test ออกมาเป็นลบ แต่สงสัยโรคภูมิแพ้
2. ตรวจวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนเกรงว่า การทดสอบ skin prick test จะเป็นอันตรายได้ รวมถึงในเด็กที่ไม่ร่วมมือในการทดสอบ
3. ตรวจวินิจฉัยโรคภูมิแพ้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยา Antihistamine รวมถึงกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วย skin prick test ได้ เช่น ผู้ป่วย dermatitis สตรีมีครรภ์
4. ตรวจติดตามระดับของ Allergen Specific IgE ในเลือด เพื่อการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้



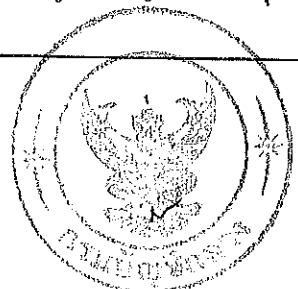
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต คอ นสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย					
15.1	37351	Specific IgE to mixture of food allergens (screening test)	Test	450	
15.2	37353	Specific IgE to mixture of respiratory (inhalant) allergens (screening test)	Test	350	
15.3	37355	Specific IgE, quantitative (1 allergen)	Test	450	
15.4	37357	Specific IgE, quantitative (3 allergens)	Test	1,200	
15.5	37359	Specific IgE, quantitative (5 allergens)	Test	1,800	
15.6	37361	Specific IgE, quantitative (7 allergens)	Test	2,500	
16. CYTOGENETIC/MOLCYTO					
16.1	37506	Chromosome breakage study	Test	2,500	(1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Fanconi anemia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
16.2	30402	Chromosome analysis (Amniotic fluid/CVS/Tissue)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยสูติแพทย์ หรือพยาธิแพทย์
16.3	30401	Chromosome analysis non-leukemia (Blood)	Test	1,800	
16.4	37576	Chromosome analysis in leukemia (Bone marrow/blood)	Test	4,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
16.5	37575	Chromosome analysis - FISH technique (per probe used)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ โลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17. MOLGEN					
17.1	37801	Achondroplasia/FGFR3 Mutation Analysis	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.2	37552	Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD) - DNA analysis	Test	12,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



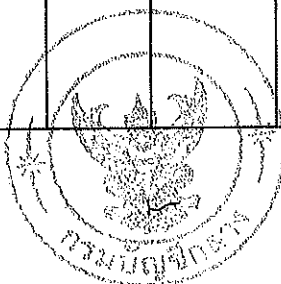
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.3	37521	ApoE polymorphism PCR RFLP	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.4	37540	ARX - DNA analysis	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.5	30405	BCR/ABL gene for CML - RT-PCR	Test	1,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด CML และ ALL" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.6	37573	BRAF Mutation - Realtime PCR	Test	7,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม BRAF kinase inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์สาขา มะเร็งวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์
17.7	37545	Bruton hypogammaglobulinemia - DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ อิมมูโนวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.8	37558	CADASIL DNA analysis	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือเวชพันธุศาสตร์
17.9	37522	Charcot - Marie-Tooth type IA DNA analysis	Test	2,400	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.10	37546	Chronic granulomatous disease DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์ อิมมูโนวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.11	37580	CYP2C19 Genotyping	Test	1,800	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.12	37581	CYP2C9 Genotyping	Test	1,800	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.13	37544	Cystinosis DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.14	37556	Distal Myopathy with Rimmed Vacuole (DMRV) DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.15	37535	Dopa-responsive dystonia DYT1 - PCR-seq	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.16	37510	Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา กุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์



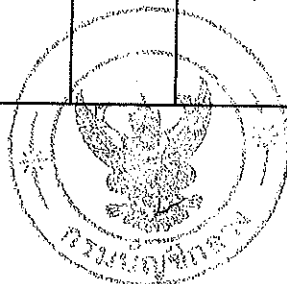
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.17	37511	Duchenne/Becker muscular dystrophy - MLPA (<i>Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification</i>)	Test	6,360	(1) ข้อบ่งชี้ "ส่งตรวจในกรณีที่ต้องการตรวจ Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR แล้วได้ผลลบ หรือเพื่อวินิจฉัยภาวะพาหะในมารดา" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา กุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์ (3) กรณีที่ตรวจทั้งรายการ 17.16 Duchenne/Becker muscular dystrophy - Multiplex PCR รหัส 37510 และ 17.17 Duchenne/Becker muscular dystrophy - MLPA รหัส 37511 ให้เบิกได้รวมกันไม่เกิน 6,500 บาท
17.18	37555	Dysferlinopathy DNA analysis	Test	12,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.19	32217	EGFR mutation analysis in cancer - PCR	Test	5,760	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม EGFR-Tyrosine Kinase Inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์สาขามะเร็งวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์
17.20	37516	Factor V Leiden - DNA analysis	Test	500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือคัลยแพทย์หลอดเลือด
17.21	37557	Familial adenomatous polyposis (FAP) DNA analysis (Adenomatous Polyposis Coli APC gene targeted mutation analysis)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.22	37559	FGFR related disorders- Limited gene sequencing (<i>Fibroblast growth factor receptor</i>)	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.23	37509	Fragile X syndrome - Methylation PCR	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.24	37533	GJB2 mutation DNA analysis	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.25	37526	Glucocorticoid remediable aldosteronism - LongPCR (CYP11B1 gene)	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.26	37536	Hemochromatosis HFE DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.27	37554	Hemophilia A DNA analysis (F8 Gene)	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.28	37525	Hemophilia A intron 22 inversion - LongPCR (F8 Gene intron)	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.29	37550	Hereditary breast-ovarian cancer (BRCA1, 2) DNA analysis	Test	10,000	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่เกิดจากกรรมพันธุ์" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.30	37562	Hereditary pancreatitis SPINK1-Limited gene sequencing	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร
17.31	37566	HNPCC - Microsatellite instability (MSI) from tissue	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ หรือพยาธิแพทย์
17.32	37551	HNPCC MSH2, MLH1, MSH6, PMS2 DNA analysis	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.33	37527	Huntington disease DNA analysis (HTT Gene)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.34	37537	Idiopathic pancreatitis PRSS1 DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร
17.35	37260	IgH (Immunoglobulin heavy chain gene) Rearrangement - Multiplex PCR	Test	5,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.36	37261	IgK (Immunoglobulin kappa light chain gene) Rearrangement - Multiplex PCR	Test	5,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีวิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.37	37564	Kearns Sayre/CPEO - Mitochondrial DNA analysis	Test	3,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือจักษุวิทยา
17.38	37530	Kennedy disease - PCR-Seq (<i>AR gene</i>)	Test	1,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือทางประสาทวิทยา
17.39	37805	KRAS Mutation - Limited gene sequencing	Test	7,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจประเมินเพื่อทำนายผลตอบสนองต่อการใช้ยากกลุ่ม KRAS-Tyrosine Kinase Inhibitor" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ หรือแพทย์สาขามะเร็งวิทยา
17.40	37563	Leber optic atrophy - LHON (<i>Leber hereditary optic neuropathy syndrome gene</i>) Mitochondrial DNA analysis	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือจักษุวิทยา
17.41	37561	Liddle's syndrome DNA analysis (<i>Sodium Channel SCN1A gene</i>)	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.42	37549	Marfan syndrome DNA analysis (<i>FBN1 gene</i>)	Test	10,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.43	37565	MERFF Encephalomyopathy - Mitochondrial DNA analysis (<i>MELAS gene Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-like episodes</i>)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือประสาทวิทยา
17.44	37538	Metachromatic leukodystrophy DNA analysis (<i>Arylsulfatase A ARSA gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือประสาทวิทยา
17.45	37547	Methemoglobinemia (cyt b5R) DNA analysis (<i>CYBA gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา
17.46	37512	Methylation analysis - Methylation PCR	Test	2,500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยโรคในกลุ่ม Imprinting disorders" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ทางกุมารเวชศาสตร์ หรือเวชพันธุศาสตร์



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.47	37517	MTHFR C677T - PCR-ASA	Test	500	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือศัลยแพทย์หลอดเลือด
17.48	37528	OPMD (<i>Oculopharyngeal muscular dystrophy, PABPN1 gene</i>) DNA analysis	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.49	37543	Peutz-Jeghers syndrome DNA analysis (<i>STK11 gene</i>)	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.50	30237	Prothrombin mutation - PCR (<i>F2 gene</i>)	Test	1,100	(1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา เวชพันธุศาสตร์ หรือศัลยแพทย์หลอดเลือด
17.51	37524	Real time PCR - Others	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.52	37560	RET related disorders- Limited gene sequencing	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.53	37539	Rett syndrome (<i>MECP2</i>) DNA analysis	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.54	37529	SCA type 1, 2, 3 DNA analysis (<i>Spinocerebellar ataxia</i>)	Test	2,500	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.55	37513	Spinal muscular atrophy DNA analysis (<i>SMN1 gene</i>)	Test	1,500	(1) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือเวชพันธุศาสตร์
17.56	37508	SRY gene - PCR	Test	600	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.57	33805	TCRB Rearrangement-PCR	Test	12,000	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่วิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.58	33806	TCRD Rearrangement-PCR	Test	8,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่วิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.59	33807	TCRG Rearrangement-PCR	Test	8,200	(1) ข้อบ่งชี้ "ใช้ร่วมวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่วิธีการวินิจฉัยอื่นยังให้ข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น
17.60	37519	Thalassemia, deletion analysis (alpha SEA and THAI) - PCR	Test	500	
17.61	30404	Thalassemia, deletion (อย่างน้อย ตรวจ alpha SEA, THAI, -3.7, -4.2) - Multiplex gap PCR (PANEL.MOLPATH)	Test	1,500	
17.62	37520	Thalassemia, alpha non-deletion mutations - Multiplex PCR - ASA	Test	500	
17.63	37532	Thalassemia, beta mutations	Test	3,000	
17.64	37534	Von Hippel Lindau disease (VHL) DNA analysis	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.65	37548	Whole gene sequencing - Others	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.66	37553	Wilson disease DNA analysis (ATP7B gene)	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.67	37542	Wiskott Aldrich syndrome DNA analysis (WAS gene)	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.68	37541	X-linked adrenoleukodystrophy (ALD) DNA analysis ABCD1 (ATP-binding cassette, sub-family D) gene	Test	6,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.69	37610	PCR 1 fragment	Test	600	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.70	37611	PCR 3 fragments	Test	1,200	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.71	37612	PCR 5 fragments	Test	2,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.72	37613	PCR 10 fragments	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
17.73	37614	PCR 15 fragments	Test	4,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.74	37615	PCR 30 fragments	Test	8,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.75	37616	Sequencing with dye 1 reaction	Test	1,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.76	37617	Sequencing with dye 5 reactions	Test	3,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.77	37618	Sequencing with dye 10 reactions	Test	5,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น
17.78	37619	Sequencing with dye 30 reactions	Test	15,000	ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น

