

3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ<ul style="list-style-type: none">Hb typingAlpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemiaการทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND<ul style="list-style-type: none">การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือAmniocentesis หรือCordocentesisการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของการทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis<ol style="list-style-type: none">ตรวจ DNA Based Analysis หรือตรวจ Hb typingการยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์