

فرم درخواست تست PND / QF / Karyotype / CGH-Array بخش ژنتیک آزمایشگاه تهران لب

این قسمت توسط مراجعه کننده تکمیل گردد:

تاریخ مراجعه:	نام و نام خانوادگی:
علت مراجعه:	جنسیت:
نسبت فامیلی با همسر؟	کد ملی:
نوع بیماری ژنتیکی؟	تاریخ تولد:
تعداد فرزندان:	آدرس:
کد ملی همسر:	شماره تماس:
شماره تماس همسر:	سابقه ابتلا به بیماری ژنتیکی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نوع بیماری ژنتیکی در همسر؟	سابقه مصرف دارو؟ نام دارو؟
سابقه نازایی در اقوام؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی همسر:
علت فوت فرزندان / سقط؟	تاریخ تولد همسر:
نوع بیماری فرزند / ان مبتلا به بیماری ژنتیکی؟	سابقه ابتلا به بیماری ژنتیکی در همسر: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نوع بیماری افراد مبتلا به بیماری ژنتیکی در اقوام؟	سابقه مصرف دارو همسر؟ نام دارو؟
در صورت انجام آزمایش بروی نمونه مایع آمنیوتیک / CVS به سوالات زیر پاسخ دهید	در صورت انجام آزمایش بروی نمونه محصول سقط به سوالات زیر پاسخ دهید
سن جنین براساس سونوگرافی: w d	هفته بارداری هنگام سقط؟
تعداد قل ها در این بارداری:	علت سقط؟
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:	محل نگه داری و نوع ماده نگه دارنده محصول سقط؟
تاریخ سونوگرافی:	مدت زمان نگه داری محصول سقط؟
مقدار NT در سونوگرافی:	تعداد دفعات سقط؟
آیا بارداری از طریق IVF بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام پزشک نمونه گیر:
دفعات بارداری: (Gravida):	نام پزشک نمونه گیر:

این قسمت توسط پذیرش تکمیل گردد:

نام پذیرش کننده: تاریخ پذیرش بیمار:

نوع نمونه لازم برای انجام تست: AF CVS Tissue Blood کامل بودن تمامی آیتم های فرم: بله خیر ضمیمه کردن کارت ملی، نسخه پزشک، آزمایشات و سونوگرافی؟ بله خیر چک مجدد درخواست پزشک: بله خیر

این قسمت توسط مشاور تکمیل گردد:

شرح حال بیمار

رسم شجره نامه

تست درخواستی:

این قسمت توسط نمونه برداری تکمیل گردد:

نام نمونه بردار: تاریخ نمونه برداری: چک مجدد نسخه پزشک: بلی خیر مقدار نمونه: CC رعایت اصول نمونه برداری؟ بلی خیر تطبیق فرم ها و نمونه انجام شد؟ بلی خیر خونی بودن مایع آمنیوتیک؟ بلی خیر مناسب بودن کیفیت نمونه: بلی خیر

*خواشمند است در جهت جلوگیری از بروز خطای احتمالی موارد فوق به صورت کامل تکمیل گردد.
*الزاما کپی سونوگرافی و جواب سایر آزمایشات ضمیمه شود.