تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم درخواست تست QF بخش ژنتیک مولکولی آزمایشگاه تهران لب

این قسمت توسط مادر باردار تکمیل گردد:

نام و نام خانوادگی مادر باردار :	تاریخ مراجعه:
تاریخ تولد :	علت مراجعه:
وزن:	پزشک درخواست کننده:
آدرس:	مایع آمنیوتیک در مرکز ..... توسط دکتر ..... نمونه گیری شده است
نام و نام خانوادگی همسر:	دفعات بارداری:(Gravida)
شماره تماس:	تعداد قل ها در این بارداری:
شماره کارت ملی :	دفعات سقط: / علت:
سن بارداری براساس سونوگرافی: w d	وضعیت جنین در سونوگرافی:
آیا بارداری از طریق IVF بوده است؟	سابقه مصرف دارو:

این قسمت توسط مشاور تکمیل گردد

شرح حال مادر باردار:

آیا تست کاریوتایپ قبل از بارداری انجام داده اند؟ همسر؟

نتایج تست ژنتیکی ماقبل:

نتایج سایر آزمایشات:

آیا فرایند انتقال تخمک انجام شده؟

علائم بالینی(در صورت ابتلا به یک بیماری خاص)؟

Iran- Tehran –Valiasr St-the first of Saei Park- NO:2173
88709970
https://t.me/tehranlabmolecularg eneticlab
tehranlabmg@yahoo.com

تاریخ:

شماره:

پیوست:

سابقه فامیلی/ رسم شجره نامه:

آیا در فامیل بیماری خاصی دیده شده است؟

آیا در فامیل سابقه سقط مشاهده شده است؟

آیا در فامیل سابقه نازایی مشاهده شده است؟

رسم شجره نامه

تست درخواستی:

این قسمت توسط نمونه برداری تکمیل گردد			
نمونه خونی است؟ بلی □ خیر□ **دریافت رضایت نامه نمونه های خونی ؟ بلی □ خیر□**	**نام نمونه بردار:** **مقدار نمونه: CC**	**چک مجدد نسخه پزشک: بلی □ خیر□**	**خون مادر گرفته شد؟ بلی □ خیر□**
تطبیق فرم ها و نمونه انجام شد؟ بلی □ خیر□	**تاریخ نمونه برداری:**	**پذیرش کاریوتایپ دارد؟ بلی □ خیر□**	

***خواشمند است در جهت جلوگیری از بروز خطای احتمالی موارد فوق به صورت کامل تکمیل گردد.**

***فرم رضایت نامه توسط بیمار تکمیل و ضمیمه پرونده گردد.**

*** الزاما کپی سونوگرافی و جواب آزمایشات ضمیمه شود.**

Iran- Tehran –Valiasr St-the first of Saei Park- NO:2173
88709970
https://t.me/tehranlabmolecularg eneticlab
tehranlabmg@yahoo.com