



آزمایشگاه مرکزی فردیس  
بخش ژنتیک

# فرم درخواست کاریوتایپ

شماره فرم: F-MDP-07  
ویرایش: D  
تاریخ: ۹۵/۱۱/۱۳

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.

## "مشخصات بیمار"

نام و نام خانوادگی:	سن:	نام پزشک:
کد پذیرش:	کد زیربخش:	تاریخ و ساعت نمونه گیری:
تلفن تماس:	آدرس الکترونیکی:	
نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین فرد مورد آزمایش:	

## "علت مراجعه"

<input type="checkbox"/> قصد ازدواج فامیلی	<input type="checkbox"/> قصد ازدواج غیر فامیلی	<input type="checkbox"/> جهت چکاپ	<input type="checkbox"/> قصد بارداری
<input type="checkbox"/> نازایی	<input type="checkbox"/> سقط مکرر	<input type="checkbox"/> آمنوره اولیه	<input type="checkbox"/> آمنوره ثانویه
<input type="checkbox"/> مشکوک به ایهام جنسی	<input type="checkbox"/> سابقه بیماری ارثی و عقب ماندگی ذهنی در فامیل		
سایر موارد:			

مشکوک به عقب افتادگی ذهنی:

<input type="checkbox"/> تأخیر در صحبت کردن	<input type="checkbox"/> اتیسم	<input type="checkbox"/> عقب ماندگی ذهنی	<input type="checkbox"/> گوش‌های برآمده	<input type="checkbox"/> صورت کشیده
---------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------

توضیحات دستگاه تناسلی خارجی:

جواب سونوگرافی:

رضایت نامه انجام تست:

اینجانب ..... بیمار/ همراه بیمار ..... موافقت خود را با انجام آزمایش ژنتیکی خواسته شده از سوی پزشک اعلام می‌دارم. به من اطلاع داده شد که ممکن است به هر دلیل (مناسب نبودن نمونه و ...) آزمایش نیاز به تکرار داشته باشد و منجر به تأخیر در جوابدهی شود و نیاز به نمونه گیری مجدد داشته باشد، در این صورت تهیه نمونه مجدد به عهده اینجانب خواهد بود.  
در صورت عدم امکان جوابدهی نیمی از هزینه های دریافتی عودت داده خواهد شد.

تاریخ/ امضاء/ اثر انگشت:

نام فرد تکمیل کننده فرم: .....	مدارک در تاریخ: ..... اسکن شد	نام فرد اسکن کننده: .....
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------