



آزمایشگاه مرکزی فردیس
بخش ژنتیک

فرم درخواست آزمایشات مولکولی

(بخش ژنتیک پزشکی)

شماره فرم: F-MDP-11
ویرایش: C
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.

به منظور انجام خدمات بهتر خواهشمند است همراه با ارسال نمونه جهت تست‌های مولکولی، فرم زیر را تکمیل نمایید.

آزمایش درخواستی:

نام بیمار:

کد پذیرش:

کد زیر بخش:

جنسیت: مرد زن

سن:

محل تولد:

شماره تماس:

در صورت بارداری، سن بارداری بر حسب آخرین سونوگرافی: هفته روز

تاریخ آخرین سونوگرافی:

نسبت فامیلی والدین:

تاریخ نمونه‌گیری: / /

نسبت فامیلی زوجین:

تاریخ ازدواج: / /

توجه:

- در مورد QF-PCR روی مایع آمنیوتیک ارسال نمونه خون مادر الزامی است.
- در صورت درخواست آزمایش DMD جواب آزمایش بیوشیمیایی بخصوص CPK الزامی است.
- در صورت درخواست بیماری کلیوی جواب سونوگرافی کلیه الزامی است.
- لطفاً در صورت انجام آزمایش ژنتیکی در شخص و یا فرد مبتلا (مرتبط)، آن را ضمیمه کنید.
- علت مراجعه:
- علائم بالینی بیمار:

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 نمونه‌گیری مجدد داشته باشد، در این صورت تهیه نمونه مجدد به عهده اینجانب خواهد بود. در صورت عدم امکان جوابدهی نیمی از هزینه‌های دریافتی عودت داده خواهد شد.

تاریخ / امضاء / اثر انگشت:

آدرس:

تلفن:

نام فرد تکمیل‌کننده فرم:

مدارک در تاریخ: اسکن شد

نام فرد اسکن‌کننده: