



شماره فرم: 18-LA-FO-003	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی ژن آلفا گلوبین
شماره بازنگری: 02	
شماره سابقه:	

این قسمت توسط کارشناس پذیرش پر شود.

شماره پرونده:	نام نمونه:	نوع نمونه: خون <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/>
مرکز ارسال کننده:	تاریخ پذیرش:	نام و امضای کارشناس پذیرش:

این قسمت توسط فرد درخواست کننده پر شود.

شماره پرونده:	نام و نسبت نمونه:	محل تولد:
تاریخ درخواست MLPA:	سن بارداری:	کارشناس:
علت درخواست MLPA:		

نتیجه بررسی مولکولی

Sample ID	Multiplex Gap PCR	ARMS PCR for common mutation*	Alpha globin gene sequence	Informative STRs	Real time PCR*

نتیجه آزمایشات هماتولوژی

Sample ID	Sample name	RBC	MCV	MCH	Hb	HbA2	HbA1	HbF

امضای فرد درخواست کننده:	امضای مسئول بخش:	تاریخ و امضای تحویل گیرنده جواب:
--------------------------	------------------	----------------------------------

این قسمت توسط کارشناس MLPA پر شود.

توضیحات:		
OD	concertation	
260/280	260/230	
نام و امضای کارشناس MLPA:	نام و امضای مسئول بخش MLPA:	نوع نمونه مورد استفاده در نمونه های ارسالی: تاریخ دریافت DNA:

\*پرکردن این موارد ضروری نیست اما می تواند در روند آنالیز MLPA کمک کننده باشد، مابقی قسمت ها باید تکمیل شود.