


شماره فرم: 18-LA-FO-004	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی سرطان پستان و تخمدان	
شماره بازنگری: 02		
شماره سابقه:		

این قسمت توسط کارشناس پذیرش پرشود.

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:	کارشناس:
تاریخ درخواست MLPA:	سن بارداری:	تشخیص پاتولوژی:

علت درخواست MLPA:

خلاصه ای از شرح حال بالینی و علائم بیماری:

اطلاعات مربوط به فرد مورد بررسی	اطلاعات مربوط به فرد بیمار
محل تولد:	محل تولد:
نسبت فامیلی والدین:	نسبت فامیلی والدین:
سن فرد مورد بررسی:	سن تشخیص بیماری در فرد مبتلا:
نسبت خویشاوندی فرد مورد بررسی با فرد بیمار:	تعداد افراد مبتلا در خانواده:

*نتیجه بررسی مولکولی

BRCA1/BRCA2 gene sequence	Informative STRs	Others

نوع کیت درخواستی

MLPA-P239	BRCA1 region-breast cancer screening (NBR1, NBR2, BRCA1, BRCA2, ATM, CHECK1, CHECK2, VAT1, RND2, BRIP, FGFR2, PALB2, PTEN)	
MLPA-P002	BRCA1	
MLPA-P090	BRCA2	

محل ترسیم شجره:

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

این قسمت توسط کارشناس MLPA پر شود.

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

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