


شماره فرم: 18-LA-FO-005	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی ژن CFTR	
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:
تاریخ درخواست MLPA:	سن بارداری:
	کارشناس:

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 فرد مبتلا:
نسبت خویشاوندی فرد مورد بررسی با فرد بیمار:	سن بیمار در زمان فوت (در صورت فوت شدن فرد بیمار):
تعداد افراد مبتلا در خانواده:	سن تشخیص بیماری در فرد مبتلا:

نتیجه بررسی مولکولی

Sample ID	CFTR gene sequence	Informative STRs	Others

* نتیجه آزمایشات بیوشیمیایی

Sample ID	Sample name	Sweat test	Na	Cl

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.