

شماره فرم: 18-LA-FO-010		فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی بیماری SMA			
شماره بازنگری: 02					
شماره سابقه:					
این قسمت توسط کارشناس پذیرش پر شود.					
شماره پرونده:		نام نمونه:		<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> نوع نمونه: خون	
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:		علت درخواست MLPA:	
نوع درخواست:		<input type="checkbox"/> بررسی فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> بررسی ناقل احتمالی:			
خلاصه ای از شرح حال بالینی و علائم بیماری:					
اطلاعات مربوط به فرد مورد بررسی			اطلاعات مربوط به فرد بوط به 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 تشخیص بیماری در فرد مبتلا:		
تعداد افراد مبتلا در خانواده:			زمان فوت (در صورت فوت شدن فرد بیمار):		
نتیجه بررسی مولکولی					
Sample ID	Sequencing	Informative RFLPs*	Informative STRs	Real Time PCR*	
نتیجه تشخیص بالینی نوع بیماری*					
Acute <input type="checkbox"/> (Type I: Werding-Hoffman)		Intermediate <input type="checkbox"/> (Type II)		Mild <input type="checkbox"/> (Type III: Kugelberg-Welander)	
				Adult <input type="checkbox"/> (Type IV)	
محل ترسیم شجره:					
امضای فرد درخواست کننده:		امضای مسئول بخش:		تاریخ و امضای تحویل گیرنده جواب:	
این قسمت توسط کارشناس MLPA پر شود.					
BIRC1 copy number:		SMN1 copy number:		SMN2 copy number: *	
توضیحات:					
OD					
260/280	260/230	concertation			
نوع نمونه مورد استفاده در نمونه های ارسالی:			نام و امضای کارشناس MLPA:		نام و امضای مسئول بخش MLPA:
تاریخ دریافت DNA:					

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