



شماره فرم: 18-LA-FO-011

شماره بازنگری: 02

شماره سابقه:

درخواست انجام MLPA جهت بررسی بیماری MR

این قسمت توسط کارشناس پذیرش پر شود.

شماره پرونده:	نام نمونه:	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:
علت درخواست MLPA:	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 تشخیص بیماری در فرد مبتلا:
تعداد افراد مبتلا در خانواده:	زمان فوت (در صورت فوت شدن فرد بیمار):

* نتیجه بررسی سیتوژنتیکی

Sample ID	FISH	Karyotype	Others

نوع کیت درخواستی

MLPA-P245	Microdeletion Syndrome 1 (Screening for 21 microdeletion syndrome)	
MLPA-P036	Telomere (Contain one probe for each subtelemetric region)	
MLPA-P070	Telomere 5 (Contain one probe for each subtelemetric region)	
MLPA-P374	Microdeletion syndrome 8 (Screening PWS/AS, RETT, Smit-Magnis, Miller-Dleker syndrome and check deletion/duplication of chromosomal region)	
MLPA-P106	X-linked mental retardation (Screening for 16 different MR X genes)	

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 دریافت DNA:		

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