


شماره فرم: 18-LA-FO-014	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی آنیوپلوئیدی ها	
شماره بازنگری: 00		
شماره سابقه:		

این قسمت توسط کارشناس پذیرش پر شود.																		
شماره پرونده:		نام نمونه:	نوع نمونه: <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> DNA															
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 مادر:	سن بارداری:															
علت درخواست MLPA:																		
نوع درخواست: <input type="checkbox"/> بررسی نمونه جنین <input type="checkbox"/> بررسی نمونه مادری																		
* نتیجه بررسی سایر آزمایشات																		
Sample ID	Cytogenetic	QF	First Trimester screening (FTS)															
امضای فرد درخواست کننده:		امضای مسئول بخش:	تاریخ و امضای تحویل گیرنده جواب:															
این قسمت توسط کارشناس MLPA پر شود.																		
توضیحات:																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="3">OD</th> </tr> <tr> <td>260/280</td> <td>260/230</td> <td>concertation</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			OD			260/280	260/230	concertation										
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.