


شماره فرم: 18-LA-FO-015	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی بیماری Wilson	
شماره بازنگری: 00		
شماره سابقه:		

این قسمت توسط کارشناس پذیرش پر شود.

شماره پرونده:	نام نمونه:	نمونه: <input type="checkbox"/> خون <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:
تاریخ درخواست MLPA:	سن بارداری:
علت درخواست MLPA:	کارشناس:

علائم بالینی (وضعیت کبد، مغز، قرنیه چشم، لرزش دست یا علائم شبیه پارکینسون و سایر ارگانها) و اختلالات خلقی:

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:	

\*نتیجه بررسی های انجام شده:

نام نمونه	بررسی ادرار	بررسی سرمی (میزان مس و سرولوپلاسمین)	بررسی آنزیم های کبدی	بررسی سونوگرافی	بررسی مولکولی (سکانس)

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

این قسمت توسط کارشناس MLPA پر شود.

توضیحات:	نام و امضای کارشناس MLPA:	نام و امضای مسئول بخش MLPA:												
<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> </table>	OD			260/280	260/230	Concertation							نوع نمونه مورد استفاده در نمونه های ارسالی: تاریخ دریافت DNA:	
OD														
260/280	260/230	Concertation												

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