



شماره فرم: 18-LA-FO-020	فرم درخواست انجام MLPA جهت بررسی ژن SGC بیماری دیستروفی عضلانی لیمب گیردل (LGMD)
شماره بازنگری: 02	
شماره سابقه:	

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:	کارشناس:

علت درخواست MLPA:

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:	الگوی وراثتی بیماری:

نتیجه بررسی مولکولی

Sample ID	Dystrophin gene sequence	Informative RFLPs	Informative STRs	Others

*نتیجه آزمایشات بیوشیمیایی

Sample ID	Sample name	CPK	EMG	Aldolase	LDH	Others

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.