



فرم دریافت نمونه های ارسالی پرونده های سیتوژنتیک و QF
آزمایشگاه ژنتیک پزشکی دکتر زینلی

شماره فرم: RC-FO-005

شماره بازنگری: 00

شماره سابقه:

لطفا قبل از ارسال نمونه با آزمایشگاه تماس حاصل فرمایید.

نام مرکز ارسال کننده:

تاریخ ارسال نمونه:

نام تکمیل کننده فرم:

درخواست بررسی: کاربوتایپ خون کاربوتایپ جنین روی نمونه مایع آمنیون کاربوتایپ جنین روی نمونه CVS بافت جنین سقط شده QF PCR
برای آزمایش کاربوتایپ نمونه خون هیپارین مورد نیاز می باشد و برای آزمایش کاربوتایپ جنین روی نمونه CVS نمونه خون از خانم (EDTA) نیاز می باشد. برای آزمایش QF PCR نمونه خون از خانم (EDTA) نیاز می باشند.

- لطفا اطلاعات این فرم بر طبق استاندارد رد و پذیرش نمونه به شماره سند RC-SD-001 تکمیل و ارسال گردد. در صورت کامل نبودن نمونه پذیرش نخواهد شد.
- فرم ضمیمه به نام فرم دریافت نمونه های ارسالی به شماره سند RC-FO-008 نیز همراه این فرم تکمیل و ارسال گردد.
- لطفا در صورت انجام آزمایش ژنتیکی برای شخص یا افراد مرتبط، نتیجه آن را ضمیمه کنید.
- در صورت داشتن پرونده در آزمایشگاه دکتر زینلی، شماره پرونده را یادداشت فرمایید یا کپی نتیجه آزمایش را ضمیمه فرمایید، در صورت نداشتن شماره پرونده اسم و فامیلی اشخاصی که آزمایش را انجام داده اند را یادداشت فرمایید:
- مشخصات نمونه (لطفا مندرجات این قسمت کامل پر شود. در صورت کافی نبودن فضا برای نمونه های بیشتر از ۲ عدد، لطفا فرم دیگری نیز تکمیل و ارسال شود).

نام و نام خانوادگی: لاتین: جنسیت: زن مرد
تاریخ تولد: کد ملی (الزامی می باشد): قومیت: محل تولد: تاریخ ازدواج: نام همسر:
نسبت فامیلی زوجین: نسبت فامیلی والدین: تعداد خواهر: تعداد برادر: نسبت در پرونده:

نام و نام خانوادگی: لاتین: جنسیت: زن مرد
تاریخ تولد: کد ملی (الزامی می باشد): قومیت: محل تولد: تاریخ ازدواج: نام همسر:
نسبت فامیلی زوجین: نسبت فامیلی والدین: تعداد خواهر: تعداد برادر: نسبت در پرونده:

- بارداری: تک قلو () دو قلو () لطفا دو جفت یا تک جفت بودن و ساک بارداری را مشخص فرمایید (کپی سونوگرافی ارسال شود)
- تاریخ انجام سونوگرافی: هفته بارداری: D W
 - در صورت مشکل دار بودن جنین، کپی نتیجه تست غربالگری ارسال گردد.
 - در صورت ارسال نمونه جنین ارسال کپی سونوگرافی هنگام نمونه گیری از جنین الزامی می باشد، D W

رسم شجره خانواده الزامی است: لطفا با خودکار و داخل کادر رسم بفرمایید. فرد یا افرادی که نمونه آن ارسال شده است را با فلش، نام و علائم زیر تعیین وضعیت نمایید.

فرد مبتلا یا و در صورت بارداری

مهر مرکز ارسال کننده:

توضیحات تکمیلی: