



فرم دریافت نمونه های ارسالی پرونده های تشخیص پیش از تولد
آزمایشگاه ژنتیک پزشکی دکتر زینلی

شماره فرم: RC-FO-006

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: (لطفا به فهرست آزمایشات قابل انجام و مدت زمان لازم برای جوابدهی به شماره سند RC-FO-022 مراجعه نمایید) درخواست بررسی برای بیماری:
برای ارسال مدارک لازم به قسمت راهنما پشت صفحه مراجعه نمایید.

- 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 ۳ عدد لطفا فرم دیگری نیز تکمیل و ارسال شود)

نام و نام خانوادگی:	لاتین:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
کد ملی (الزامی می باشد):	قومیت:	محل تولد:	تاریخ ازدواج:
نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین:	تعداد خواهر:	تعداد برادر:
محل تولد پدر بزرگ پدری/ مادر بزرگ پدری:	/	محل تولد پدر بزرگ مادری/ مادر بزرگ مادری:	نسبت در پرونده: /

نام و نام خانوادگی:	لاتین:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
کد ملی (الزامی می باشد):	قومیت:	محل تولد:	تاریخ ازدواج:
نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین:	تعداد خواهر:	تعداد برادر:
محل تولد پدر بزرگ پدری/ مادر بزرگ پدری:	/	محل تولد پدر بزرگ مادری/ مادر بزرگ مادری:	نسبت در پرونده: /

نام و نام خانوادگی:	لاتین:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
کد ملی (الزامی می باشد):	قومیت:	محل تولد:	تاریخ ازدواج:
نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین:	تعداد خواهر:	تعداد برادر:
محل تولد پدر بزرگ پدری/ مادر بزرگ پدری:	/	محل تولد پدر بزرگ مادری/ مادر بزرگ مادری:	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 ارسال نمونه جنین ارسال کپی سونوگرافی هنگام نمونه گیری از جنین الزامی می باشد: D.....W.....

در صورت درخواست بررسی هر کدام از بیماری های زیر، لطفا اطلاعات مربوط به همان بیماری تکمیل گردد.

• هموفیلی A و B و سایر بیماریهای خونریزی دهنده:
درصد فاکتور انعقادی () نوع فاکتور انعقادی () اولین سن دریافت فاکتور () تعداد دفعات فاکتور ()

• PKU: کلاسیک () غیر کلاسیک () نوع ژن:

• ناشنوایی:
آیا ناشنوایی مادرزادی می باشد: بله () خیر () (مثلاً ناشی از آسیب سر، کار در محیط با صداهای ناهنجار، افزایش بیلیروبین یا آلودگی ویروسی مادر هنگام بارداری)

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:

راهنما:

(به هیچ وجه خون حاوی ماده ضد انعقاد هپارین قابل استفاده برای انجام آزمایشات مولکولی نمی باشد.)

هموفیلی و فاکتور های انعقادی: کارت فرد مبتلا الزامی می باشد. جواب تست PT، PTT برای فاکتور های انعقادی ضمیمه گردد.

تالاسمی: برای پرونده های تالاسمی جواب CBC و الکتروفورز افراد خون دهنده الزامی می باشد.

• در پرونده های تالاسمی در صورتی که مینور بودن زوجین محرز شود (هر دو ناقل بتا تالاسمی باشند)، کپی نتیجه آزمایشات CBC و

الکتروفورز والدین ایشان را در پرونده قرار دهید. ۵ سی سی نمونه خون همراه با EDTA از والدین ایشان نیز مورد نیاز می باشد.

در صورت که فرد تالاسمی ماژور یا اینترمدیا باشد، کارت تالاسمی الزامی است.

• در پرونده های تالاسمی در صورتی که یکی از زوجین ناقل آلفا تالاسمی و دیگری ناقل بتا تالاسمی باشد، کپی نتیجه آزمایشات CBC و

الکتروفورز والدین ایشان را در پرونده قرار دهید.

• در پرونده های تالاسمی در صورتی که زوجین (هر دو) ناقل آلفا تالاسمی باشند، کپی نتیجه آزمایش CBC و در بعضی پرونده ها (بنا به نظر

کارشناس آزمون) نتیجه آزمایش الکتروفورز والدین ایشان را در پرونده قرار دهید.

PKU: برای پرونده های PKU کپی نتایج آزمایشات فنیل آلانین (اولین و آخرین تست) و بیوشیمی (بیوپترین و نیوپترین) فرد مبتلا، الزامی می باشد.

DMD: برای پرونده های DMD جواب تست نوار عصب عضله و جواب تست CPK الزامی می باشد.

ناشنوایی: برای پرونده های ناشنوایی کپی نتایج آزمایش شنوایی سنجی الزامی می باشد.

CF: برای پرونده های CF کپی نتایج تست عرق الزامی است.

SMA: برای پرونده های SMA کپی نتایج الکترومیوگرافی الزامی می باشد.

MSUD: برای پرونده های MSUD کپی نتایج آزمایشات متابولیک الزامی می باشد.

WES: در صورت ارسال نمونه جهت انجام WES، لطفا تعهد NGS به شماره سند RC-FO-018 را تکمیل نمایید. مهر مرکز ارسال کننده در صفحه

اول ضمیمه گردد.

• برای سایر بیماری های ژنتیک مدارک پزشکی مربوط به همان بیماری را ارسال بفرمایید.