

فرم مربوط به کاربوتایپ و کشت سلول های لئفوسیتی:

پزشک درخواست کننده:

تاریخ نمونه گیری:

اطلاعات بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت:

محل تولد: شماره تماس:

آدرس محل سکونت:

نسبت زوجین: نسبت والدین:

علت مراجعه:

قصد بارداری ازدواج فامیلی ازدواج غیر فامیلی چک آپ وجود بیماری ارثی

ابهام جنسی نازایی

شرح مختصری از وضعیت و علت مراجعه:

در صورت مصرف هر گونه دارو، نام دارو قید شود:

آیا قاعدگی شما منظم است؟ منظم آمنوره اولیه آمنوره ثانویه

تاریخ آخرین قاعدگی: تعداد زایمان:

تعداد بارداری: تعداد نوزاد فوت شده:

تعداد سقط: تعداد کودکان زنده:

رضایت بیمار / ولی یا قیم قانونی:

اینجانب پس از کسب اطلاعات لازم از پزشک / مشاور ژنتیک رضایت کامل خود را نسبت به انجام بررسی ژنتیکی فوق اعلام می دارم.

نسبت با بیمار: امضا: تاریخ: