

## فرم مربوط به اختلالات کروموزومی و بررسی های مولکولی

آزمایش درخواستی:

پزشک درخواست کننده:

مرکز درخواست کننده:

### اطلاعات بیمار:

نام و نام خانوادگی:	جنسیت:	سن:
سن بارداری بر حسب سونوگرافی:	گروه خونی:	محل تولد:
تاریخ نمونه گیری:	نسبت فامیلی زوجین:	
شماره تماس بیمار:		
آدرس محل سکونت بیمار:		

### علت مراجعه:

- ۱- قصد ازدواج فامیلی  ۲- قصد ازدواج غیر فامیلی  ۳- قصد بارداری  ۴- جهت انجام چک آپ
- ۵- سابقه بیماریهای ارثی و عقب ماندگی ذهنی در بستگان
- ۶- سابقه سقط مکرر (سقط به مواردی گفته میشود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد)
- تعداد مرگ داخل رحم (به مواردی گفته میشود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد)
- تعداد بچه های فوت شده: تعداد بچه های زنده: تعداد سقط:
- بچه های زنده: بچه های فوت شده: تعداد سقط:
- ۷- ابهام جنسی

علائم ثانویه جنسی (توضیحات دستگاه تناسلی خارجی):

تاخیر در صفات ثانویه جنسی:

سابقه عمل جراحی: آمنوره اولیه: آمنوره ثانویه:

۸- نازایی

نازایی: الیگواسپرمی: سابقه جراحی:

۹- عقب افتادگی ذهنی

وجود افراد مشابه در فامیل: وجود علائم همراه: چهره غیر طبیعی:

۱۰- انجام تست های تالاسمی

Ferritin: Platelets: MCV: MCH:

HB: RBC: WBC:

در صورت انجام تست های مربوط به تالاسمی علاوه بر جواب CBC diff، جواب هموگلوبین الکتروفورز نیز الزامی است.

۱۱- آنمی فانکونی

قد: وضعیت شست ها: تیرگی پوست: مشکلات کلیوی:

آنمی

بای سائتوپنی

پان سائتوپنی

۱۲- شک به ایکس شکننده

خلاصه علائم بالینی / شرح حال بیمار و سابقه بیماری در خانواده:

- در صورت باردار بودن همراه داشتن آزمایشات قبلی و سونوگرافی الزامی است.
- در صورت مصرف هر گونه دارو، نام دارو و دوره مصرف ذکر گردد.

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: