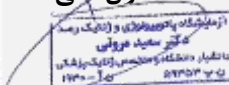


<b>کد: PRP-KLF-01-01</b>		<b>برگه کاربوتایپ و کشت سلول های لنفوسیتی (Pre-analytical Process: Karyotype and Lymph-culture Form)</b>	<b>آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک رصد</b>
تعداد صفحات: ۱	تاریخ: ۱۴۰۱/۰۵/۳۰		

فرستنده:	تلفن:	شهر/ استان:	تاریخ:
آزمایش درخواستی:	پزشک درخواست کننده:		
مرکز درخواست کننده:	تاریخ نمونه گیری:		
<b>اطلاعات بیمار</b>			
نام و نام خانوادگی:	جنسیت:	سن:	
کد ملی:	گروه خونی:	محل تولد:	
نسبت فامیلی والدین:	نسبت فامیلی زوجین:	شماره تماس بیمار:	
محل سکونت:			
آیا قاعدگی شما منظم است؟ <input type="radio"/> منظم <input type="radio"/> نامنظم	<input type="radio"/> آمنوره اولیه	<input type="radio"/> آمنوره ثانویه	تاریخ آخرین قاعدگی:
تعداد بارداری:	تعداد دفعات زایمان:	تعداد سقط:	
تعداد مرگ داخل رحم:	بچه های زنده:	بچه های فوت شده:	
<b>علت مراجعه</b>			
<input type="radio"/> قصد ازدواج فامیلی	<input type="radio"/> قصد ازدواج غیرفامیلی	<input type="radio"/> قصد بارداری	<input type="radio"/> جهت انجام چکاپ
<input type="radio"/> ابهام جنسی	<input type="radio"/> نازایی	<input type="radio"/> سابقه بیماری های ارثی و عقب افتادگی ذهنی در بستگان	
<input type="radio"/> سایر موارد (توضیح دهید):			
<b>خلاصه علائم بالینی و شرح حال بیمار و سابقه بیماری در خانواده (شجره نامه رسم شود)</b>			
در صورت مصرف هرگونه دارو، نام دارو و دوره مصرف ذکر گردد.			
<b>رضایت نامه بیمار / ولی یا قیم قانونی جهت انجام مطالعه کروموزومی</b>			
اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه خود / فرزند خود _____ از نظر اختلالات کروموزومی اعلام می دارم. ضمناً اعلام می کنم که محدودیت های این آزمایش از جمله مشکلات احتمالی از قبیل احتیاج به تکرار نمونه و عدم جوابدهی برای اینجانب کاملاً توضیح داده شده و تفهیم گردید. مشخص است که اطلاعات در رابطه با آزمایش اینجانب/ فرزند خود محرمانه است و فقط به خانواده و پزشک معالج اعلام می شود.			
نسبت با بیمار:	تاریخ:	نام و امضاء:	

<b>بازنگری</b> در هنگام تغییر جزئیات روش اندازه گیری	<b>مسئول فنی</b> 	<b>تهیه کننده</b> نگار شفق دکتر سعید مروتی
---	---	--