

بسمه تعالی
رضایت نامه مطالعه کروموزومی

شماره پذیرش:

آدرس فرستنده:

.....

اعضاء پزشک، مشاور ژنتیک

اطلاعات بیمار:

نام: نام خانوادگی: نام پزشک/ مشاور:

کدملی (الزامی است): تاریخ تولد: / /

جنسیت: مونث مذکر

آدرس:

.....

علت مراجعه:

.....

.....

شرح حال:

.....

.....

نمونه ارسالی

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> لام تهیه شده از مخاط گونه | <input type="checkbox"/> خون هپارینه |
| <input type="checkbox"/> لام رنگ نشده از خون محیطی یا اسپیراسیون مغز استخوان | <input type="checkbox"/> خون EDTA |
| <input type="checkbox"/> بلوک پارافینی | <input type="checkbox"/> اسپیراسیون مغز استخوان |
| <input type="checkbox"/> بیوپسی و یا نمونه بافت جراحی شده (بدون اضافه کردن هر گونه مواد نگهدارنده) | <input type="checkbox"/> خون محیطی |
| <input type="checkbox"/> محصول سقط (بدون اضافه کردن فرمالین) | <input type="checkbox"/> مایع آمنیون |
| <input type="checkbox"/> جفت و یا جنین (بدون اضافه کردن فرمالین) | <input type="checkbox"/> پرز جفتی |
| | <input type="checkbox"/> لام ترشحات سرویکس |

اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه خود/ فرزند خود از نظر اختلالات کروموزومی/ جهش های ژنتیکی اعلام می دارم. اعلام می کنم که محدودیتهای این آزمایش 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 می باشد و فقط به خانواده و پزشک معالج اعلام می گردد.

اعضاء تاریخ:

بسمه تعالی

فرم نمونه جهت بررسی تست‌های مولکولی

فرستنده:	کد:	تلفن:	تاریخ:
استان:	شهر:	شماره پرونده:	

به منظور انجام خدمت بهتر خواهشمند است همراه با ارسال نمونه جهت تست‌های مولکولی فرم زیر را تکمیل فرمایید.

پزشک درخواست کننده (و نظام پزشکی): آزمایش درخواستی:

نام: نام خانوادگی: کدملی (الزامی است): جنسیت:

گروه خون: تاریخ تولد: محل تولد: سن بارداری بر حسب سونوگرافی: هفته و روز

نسبت فامیلی والدین: تاریخ نمونه‌گیری: / /

نسبت فامیلی زوجین: تاریخ ازدواج: / /

WBC: RBC: HB: MCH: MCHC: MCV: Platelets: Ferritin:

(در صورت درخواست آزمایش تالاسمی علاوه بر ارسال جواب CBC-diff، ارسال جواب Hemoglobin-electrophoresis الزامیست.)

(در صورت درخواست آزمایش BCR-ABL علاوه بر ارسال جواب CBC-diff، مشخص کردن انجام آن به صورت کمی یا کیفی الزامیست.)

(در مورد QF-PCR روی مایع آمنیوتیک، ارسال نمونه خون مادر الزامیست.)

علت مراجعه:

.....

لطفاً در صورت انجام آزمایش ژنتیکی در شخص و یا افراد مبتلا (مرتبط) آن را ضمیمه کنید. در صورتیکه قبلاً در این مرکز آزمایش انجام داده اند شماره پرونده آن را بنویسید:

.....

لطفاً شجره خانواده رسم شود. (الزامی است):

فردی که نمونه آن ارسال شده را با فلش مشخص کنید. افراد مبتلا را با ● و یا ■ مشخص کنید.

نام بیمار:

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

نوع تست:

شماره مولکولی:

اطلاعات ضروری برای تستهای FLT3, NPM1, MPL, AML and ALL Panel, JAK2, Imatinib Res, CALR, تمامی TLها و هرگونه تست دیگر که مربوط به سرطانها می شود:

مدارک مورد نیاز	توضیحات و تائید اسکن مدارک
تشخیص پزشک معالج	
اسکن آخرین CBC بیمار	<input type="checkbox"/>
علت مراجعه اخیر	
داروهایی که تجویز شده است	
اسکن تمام آزمایشهایی که در مراکز دیگر انجام شده است	<input type="checkbox"/>

- در صورتیکه هر کدام از مدارک متعاقباً ارسال خواهد شد، حتماً در همین فرم ذکر شود.

تکمیل کننده فرم (امضاء)

فرم مربوط به اختلالات کروموزومی و بررسی‌های مولکولی

فرستنده:	تلفن:	شهر/ استان:	تاریخ:
آزمایش درخواستی:	پزشک درخواست کننده:		
مرکز درخواست کننده:	تاریخ نمونه‌گیری:		
اطلاعات بیمار:			
نام و نام خانوادگی:	جنسیت:	سن:	
کد ملی:	گروه خونی:	محل تولد:	
نسبت فامیلی والدین:	نسبت فامیلی زوجین:	شماره تماس بیمار:	
محل سکونت:			
سابقه بارداری‌های قبلی (مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق می شود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد):			
تعداد حاملگی:	تعداد دفعات زایمان:	تعداد سقط:	
تعداد مرگ داخل رحم:	بچه‌های زنده:	بچه‌های فوت شده:	
علت مراجعه:			
(۱) قصد ازدواج فامیلی <input type="checkbox"/> (۲) قصد ازدواج غیر فامیلی <input type="checkbox"/> (۳) قصد بارداری <input type="checkbox"/> (۴) جهت انجام چکاپ <input type="checkbox"/> (۵) سابقه بیماری‌های ارثی و عقب‌افتادگی ذهنی در بستگان <input type="checkbox"/> (۶) ابهام جنسی <input type="checkbox"/> (۷) نازایی <input type="checkbox"/> (۸) عقب‌افتادگی ذهنی <input type="checkbox"/> (۹) تالاسمی <input type="checkbox"/> (در صورت انجام تست‌های مربوط به تالاسمی علاوه بر جواب CBC diff، جواب هموگلوبین الکتروفورز نیز الزامی می‌باشد). (۱۰) سایر موارد <input type="checkbox"/> (توضیح دهید).			
خلاصه علائم بالینی و شرح حال بیمار و سابقه بیماری در خانواده (لطفاً شجره‌نامه رسم شود)			
مدارک مورد نیاز (در صورت باردار بودن همراه داشتن آزمایشات قبلی و سونوگرافی الزامی می باشد):			
<input type="checkbox"/> نتایج سونوگرافی		<input type="checkbox"/> نتایج آزمایش‌های ژنتیک قبلی (در صورت وجود)	
<input type="checkbox"/> نتایج تست‌های غربالگری		<input type="checkbox"/> نتایج آزمایش‌های ژنتیک والدین (در صورت وجود)	
در صورت مصرف هرگونه دارو، نام دارو و دوره مصرف ذکر گردد.			
رضایت نامه بیمار / ولی یا قیم قانونی جهت انجام مطالعه ژنتیکی و کروموزومی			
اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه خود / فرزند خود از نظر اختلالات کروموزومی / جهش‌های ژنتیکی اعلام می‌دارم. ضمناً اعلام می‌کنم که محدودیت‌های 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 می‌باشد و فقط به خانواده و پزشک معالج اعلام می‌گردد.			
تاریخ:		نام و امضاء	