

پرسشنامه آزمایش های ترانسلوکاسیون، موتاسیون ژن های انعقادی و مقاومت دارویی

تاریخ:	شماره پذیرش:	نام بیمار:	نوع نمونه:
	ارسالی از:	سن بیمار:	
تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه رصد:		تاریخ و ساعت خونگیری در آزمایشگاه ارسالی:	
		(برای ترانسلوکاسیون ها اجباری میباشد)	
		تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه ارسالی:	

علت درخواست آزمایش:

سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخی):

ترومبوز عروقی بیماریهای قلب و عروق سقط جنین مقاومت دارویی به فنی توئین، تالبوتامبد، لوزارتان، وارفارین و دیازپام سایر موارد (ذکر شود):

آزمایش های مورد درخواست:

Chromosome Translocation	Gene Mutation
<input type="checkbox"/> BCR/ABL (P210) t(9-22),CML <input type="checkbox"/> BCR/ABL (P190) t(9-22),ALL <input type="checkbox"/> PML/RAR t(15-17), AML-3 <input type="checkbox"/> AML1/ETO t(8-21), AML-2 <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11 inv(16), AML-4 EO <input type="checkbox"/> Jak2 PCR <input type="checkbox"/> TPMT	<input type="checkbox"/> Factor V Leiden mutation <input type="checkbox"/> Factor II GA20210 mutation <input type="checkbox"/> MTHFR A1298C mutation <input type="checkbox"/> MTHFR C677C mutation <input type="checkbox"/> PAI mutation <input type="checkbox"/> Cytochrome P450 mutation (Drug Resistance) <input type="checkbox"/> Factor VII <input type="checkbox"/> Factor XIII <input type="checkbox"/> β-Fib

سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی (تاریخ، مدت و نوع دارو ذکر شود):

مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود):

شرایط نگهداری: ترانسسلوکاسیون: کمتر از یک روز در دمای یخچال (۸-۲ درجه) و موتاسیون ژنهای انعقادی و دارویی ۳ روز در دمای محیط و ۷ روز در دمای یخچال پایدار است.	نوع نمونه مورد نیاز: خون تام روی EDTA
نقل و انتقال: در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد.	حجم نمونه مورد نیاز: ۵ تا ۷ میلی لیتر

دستورالعمل ثبت ترانسسلوکاسیون، موتاسیون ژن های انعقادی و مقاومت دارویی:

- نام بیمار، سن، تاریخ پذیرش نوشته شود.
- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر (مانند آزمایشگاه رصد تهران)
- تاریخ و ساعت خونگیری و نیز تاریخ و ساعت ارسال نمونه به طور جداگانه در محل مشخص شده نوشته شود.
- علائمی که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر شود.
- در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای ذکر شده، قید شود و در ضمن نحوه ابتلا و تاریخ آن را نیز ذکر کنید.
- دقیقاً نوع آزمایش مورد درخواست را علامت بزنید.
- سابقه مصرف دارو و نام داروهای مصرفی ذکر شود.
- در صورت مصرف هپارین، تاریخ و مدت زمان مصرف آن ذکر شود.

شبکه آزمایشگاهی رصد