

فرم پذیرش تست های ژنتیک مولکولی و سیتوژنتیک

نام آزمایشگاه ارسال کننده:	شهر، استان:	شماره تماس:
نام مسئول ارسال کننده:	نام آزمایش درخواستی:	
نام پزشک درخواست کننده:	تخصص:	شماره نظام پزشکی:
درخواست شخصی (پذیرش بدون نسخه)	<input type="checkbox"/>	شماره پذیرش
نام کارشناس پذیرش	مسئول دریافت نمونه بخش ژنتیک	تاریخ پذیرش
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	محل تولد:
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	کدملی
آدرس	تلفن ثابت	موبایل
مشخصات افراد همراه بیمار که طبق درخواست پزشک نیاز به نمونه گیری دارند		
نام و نام خانوادگی	کدملی	نسبت
نام و نام خانوادگی	کدملی	نسبت
نام و نام خانوادگی	کدملی	نسبت
تعداد نمونه:	نوع نمونه مغز استخوان <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> مایع آمنیون <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> سوآپ بزاق <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/>	
محصول سقط (در سرم فیزیولوژی)	<input type="checkbox"/> لام پاتولوژی <input type="checkbox"/> بلوک بافتی پارافینی (FFPE) <input type="checkbox"/> بافت (در سرم فیزیولوژی) <input type="checkbox"/>	
ضد انعقاد:	سدیم هپارین <input type="checkbox"/> لیتیم هپارین <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> لوله Nifty <input type="checkbox"/>	
*** <u>علت مراجعه</u> چکاپ، قصد ازدواج فامیلی یا غیرفامیلی، ناباروری، ابهام جنسیتی، تالاسمی، سرطان، قصد بارداری، سقط مکرر، سابقه خانوادگی برای بیماری های ارثی و عقب افتادگی ذهنی، تشخیص قبل از تولد و ...		
*** <u>شرح علائم بالینی</u>		
داشتن هرگونه ناهنجاری کروموزومی، تاخیر تکاملی، ناتوانی ذهنی، بیماری ژنتیکی شناخته شده یا نقض مادرزادی در خود/فرزند/ خانواده		
داشتن سابقه دریافت خون، تعداد دفعات و آخرین زمان دریافت خون <input type="checkbox"/>		
داشتن سابقه پیوند مغز استخوان و زمان انجام پیوند <input type="checkbox"/>		
داشتن سابقه سقط مکرر در خود یا اعضای خانواده <input type="checkbox"/>		
*** <u>در صورت داشتن آزمایش ژنتیک قبلی، ارائه جواب الزامی است.</u>		
ابتلا به هر نوع بیماری در حال حاضر ذکر شود.		
***مصرف هر نوع دارو با ذکر نام قید شود.		
سوابق بارداری (در صورت باردار بودن):		
سن بارداری در تاریخ نمونه برداری: / /		
طبق گزارش سونوگرافی بر اساس (CRL) هفته و روز		
سابقه بارداری قبلی:	تعداد دفعات بارداری <input type="checkbox"/>	تعداد دفعات زایمان موفق <input type="checkbox"/>
تعداد دفعات سقط <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان زنده <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان فوت شده <input type="checkbox"/>
	تعداد دفعات مرگ داخل رحمی <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان مرده به دنیا آمده <input type="checkbox"/>
(در موارد سقط، کمتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته است و در موارد مرگ داخل رحمی، بیشتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته است.)		
وجود هرگونه مشکل خاص در طول دوران بارداری مانند نتیجه غربالگری یا NIPT مشکوک، دوقلوزایی، بارداری خارج رحمی و ... ذکر شود.		
آیا قاعدگی شما منظم است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آمنوره اولیه	<input type="checkbox"/>	آمنوره ثانویه <input type="checkbox"/>

آمنوره اولیه زمانی است که دختران تا سن ۱۵ سالگی هیچ عادت ماهانه‌ای نداشته‌اند یا طی پنج سال پس از ظاهر شدن اولین علائم بلوغ از جمله رشد پستان‌ها قاعدگی اتفاق نیفتد. این نوع آمنوره معمولاً ناشی از بیماری‌های ژنتیکی یا ناهنجاری‌های اکتسابی است که پس از تولد ایجاد می‌شوند.

آمنوره ثانویه زمانی است که ابتدا پرئود منظمی داشته‌اید، اما پرئود شما برای حداقل سه دوره متوالی متوقف شده است. به عبارت دیگر، در سنین مناسب برای باروری، یعنی در فاصله بلوغ تا یائسگی، اگر قاعدگی فرد برای مدت ۳ ماه یا بیش‌تر متوقف شود، احتمالاً دچار آمنوره ثانویه شده است. این به شرطی است که پیش از این اتفاق، فرد برای مدت حداقل ۶ ماه به‌طور منظم پرئود شده باشد.

شجره‌نامه ضمیمه شود یا به سوالات زیر پاسخ داده شود

نسبت فامیلی آقا و خانم:

نسبت فامیلی والدین آقا:

نسبت فامیلی والدین خانم:

افراد مبتلا در خانواده آقا با ذکر نسبت:

افراد مبتلا در خانواده خانم با ذکر نسبت:

سایر توضیحات:

مدارک پزشکی ضمیمه شده و توضیحات بیشتر در مورد سوابق بستری بیمارستانی

***نسخه پزشک سونوگرافی غربالگری گزارش پاتولوژی گزارش فلوسایتومتری سایر

آزمایش خون، CBC diff و هموگلوبین الکتروفورز (برای تست تالاسمی الزامی است، بیمار، والدین، همسر، فرزندان)
(برای تست BCR-ABL و کاریوتایپ در سندرم‌های شکست کروموزومی مثل فانکونی گزارش CBC لازم است).

جوابدهی

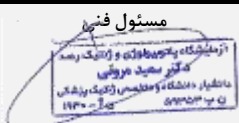
با توجه به ماهیت تست‌های ژنتیکی یا الزام به تکرار آزمایش در موارد پیچیده و خاص یا ارسال نمونه به خارج از کشور و یا نیاز به نمونه‌گیری مجدد، **تاریخ جوابدهی تقریبی بوده و ممکن است به تعویق بیفتد.**

رضایت‌نامه

اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه خود/فرزند خود از نظر بررسی اختلالات کروموزومی (سیتوژنتیک)/ ژنتیک مولکولی اعلام می‌دارم. ضمن آگاهی از محدودیت‌های این آزمایش از جمله احتیاج به تکرار نمونه‌گیری و یا عدم جوابدهی، اعلام می‌دارم که شرایط آزمایش برای اینجانب کاملاً توضیح داده شده و تفهیم گردیده است. بدیهی است که اطلاعات در رابطه با آزمایش اینجانب/فرزند خود محرمانه می‌باشد و فقط به فرد امضاکننده فرم پذیرش و یا پزشک معالج اعلام و تحویل می‌گردد.

امضا و اثر انگشت:

تاریخ:

بازنگری در زمان مقتضی		تهیه کننده مریم حسینی دکتر سعید مروتی حکیمه بابایی
--------------------------	---	---