

فرم پذیرش تست های ژنتیک مولکولی و سیتوژنتیک

نام آزمایش درخواستی:

شماره نظام پزشکی:

تخصص:

نام پزشک درخواست کننده:

درخواست شخصی (پذیرش بدون نسخه) <input type="checkbox"/>	شماره پذیرش:	تاریخ پذیرش:
نام کارشناس پذیرش:	مسئول دریافت نمونه بخش ژنتیک:	تاریخ نمونه گیری:
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	سن:
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تلفن ثابت:
آدرس:	تلفن همراه:	کد ملی:

مشخصات افراد همراه بیمار که طبق درخواست پزشک نیاز به نمونه گیری دارند

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نسبت:	تاریخ تولد: / /
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نسبت:	تاریخ تولد: / /
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نسبت:	تاریخ تولد: / /

چنانچه تحت پوشش بهزیستی می باشید یا معرفی نامه از طرف بهزیستی دارید، به کارشناس پذیرش اطلاع داده و مدارک لازم را تحویل دهید.  
مدارک مورد نیاز: کارت بهزیستی بیمار، شناسنامه و کارت ملی بیمار و والدین ایشان، معرفی نامه  
(در صورت همراه نداشتن مدارک می توانید فایل اسکن شده آن ها را در اپلیکیشن های داخلی به شماره ۰۹۳۷۳۸۹۱۳۳۷ متعلق به بخش ژنتیک آزمایشگاه رصد ارسال کنید.)

تعداد نمونه: ..... عدد نوع نمونه مغز استخوان  خون  CVS  مایع آمنیون  پلاسما  سوآپ بزاق  Semen

محصول سقط (در سرم فیزیولوژی)  لام پاتولوژی  بلوک بافتی پارافینی (FFPE)  بافت (در سرم فیزیولوژی)

ضد انعقاد: سدیم هپارین  لیتیم هپارین  EDTA  لوله Nifty

\*\*\*علت مراجعه چکاپ، قصد ازدواج فامیلی یا غیر فامیلی، ناباروری، ابهام جنسیتی، تالاسمی، سرطان، قصد بارداری، سقط مکرر، سابقه خانوادگی برای بیماری های ارثی و عقب افتادگی ذهنی، تشخیص قبل از تولد و ...

\*\*\*شرح علائم بالینی

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

داشتن سابقه پیوند مغز استخوان و زمان انجام پیوند

داشتن سابقه سقط مکرر در خود یا اعضای خانواده

\*\*\*در صورت داشتن آزمایش ژنتیک قبلی، ارائه جواب الزامی است.

(ارسال فایل جواب یا اسکن آن در اپلیکیشن های داخلی به شماره ۰۹۳۷۳۸۹۱۳۳۷ بخش ژنتیک آزمایشگاه رصد)

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  تعداد دفعات زایمان موفق  تعداد دفعات مرگ داخل رحمی

تعداد دفعات سقط  تعداد فرزندان زنده  تعداد فرزندان فوت شده  تعداد فرزندان مرده به دنیا آمده

(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، دوقلو زایی، بارداری خارج رحمی و ... ذکر شود.

آیا قاعدگی شما منظم است؟ بله  خیر  آمنوره اولیه  آمنوره ثانویه

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**

لازم به ذکر است جوابدهی تست‌های ژنتیکی به صورت **حضور** می‌باشد. در صورت تمایل می‌توانید فایل جواب خود را با اعلام درخواست از طریق اپلیکیشن‌های داخلی به شماره ۰۹۳۷۳۸۹۱۳۳۷ و ارائه قبض پذیرش دریافت کنید.

همچنین با توجه به ماهیت تست‌های ژنتیکی یا الزام به تکرار آزمایش در موارد پیچیده و خاص یا ارسال نمونه به خارج از کشور یا نیاز به نمونه‌گیری مجدد و یا تایید پرونده بیمار در کمیته بهزیستی و انجام مراحل مربوطه، **تاریخ جوابدهی تقریبی بوده و ممکن است به تعویق بیفتد.**

**مشاوره ژنتیک**

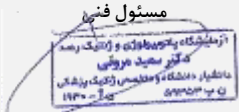
جهت هماهنگی برای دریافت مشاوره ژنتیک به صورت حضوری یا تلفنی می‌توانید با شماره ۰۹۳۷۳۸۹۱۳۳۷ در ارتباط باشید. در صورت مشاوره تلفنی، با هماهنگی قبلی جواب برای پزشک ارسال می‌گردد. لازم به ذکر است که برای تفسیر جواب آزمایش ژنتیک گرفتن وقت مشاوره الزامی است. هزینه مشاوره ژنتیک طبق تعرفه مصوب سازمان بهزیستی کشور اخذ می‌گردد.

**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.

تاریخ:

امضا و اثر انگشت:

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