



تاریخ:
شماره:
پیوست:

فرم مشخصات بیماران CGH Array بخش ژنتیک مولکولی آزمایشگاه تهران لب

نام و نام خانوادگی:		سن:	شغل:	قومیت:
کد ملی:				
آدرس:				
تلفن:				
پزشک ارجاع دهنده:		تاریخ مراجعه:		
نمونه بیمار: □ مایع آمنیون □ CVS □ نمونه سقط شده □ خون		*علت مراجعه:		
هفته بارداری:		***علائم بالینی مراجعه کننده:		
نوع ماده نگهدارنده و شرایط نگهداری محصول سقط:		هفته بارداری و تاریخ دقیق زمان سقط:		
سابقه سقط: بله □ خیر □				
نتایج آزمایشات قبلی بیمار:		MRI:		
کاربوتایپ:		سونوگرافی:		
نسبت والدین بیمار:		تعداد برادران و خواهران:		
سابقه بیماری در والدین بیمار:				
سابقه بیماری در برادران و خواهران:				
سابقه بیماری در سایر بستگان بیمار:				
نسبت با همسر:		سابقه بیماری در همسر:		
نسبت والدین همسر:				
سابقه بیماری در والدین همسر:		سابقه بیماری در بستگان همسر:		



تاریخ:

شماره:

پیوست:

رسم شجره نامه

تست درخواستی:

این قسمت توسط نمونه برداری تکمیل گردد

نام نمونه گیر:	تاریخ نمونه برداری:	چک مجدد نسخه پزشک: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نمونه گیری از چه افرادی انجام شد؟	تطبیق فرم‌ها و نمونه انجام شد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مقدار نمونه:

*خواهشمند است در جهت جلوگیری از بروز خطای احتمالی موارد فوق به صورت کامل تکمیل گردد.

*فرم رضایت نامه توسط بیمار تکمیل و ضمیمه پرونده گردد.

*الزاماً کپی سونوگرافی و جواب آزمایشات ضمیمه شود.