



هوالشافی

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی ایران

فرم پذیرش نمونه مایع آمنیون

نام و نام خانوادگی:

شماره پذیرش:

تاریخ دریافت نمونه:/...../.....

تاریخ ارسال نمونه:/...../.....

سن بارداری: هفته و روز

سن مادر:

نام پزشک نمونه گیرنده:

درخواست موارد دیگر علاوه بر کشت و آنالیز کروموزومی سلول های آمنیون :

QF-PCR ☐ بررسی آلفافیتوپروتئین ☐ غیره :

علت درخواست تست :

سن بالای مادر ☐

نتیجه مثبت تست های غربالگری ☐

نوع تست : میزان ریسک:

تشخیص سونوگرافی مبنی بر اختلال جنین ☐

نوع اختلال:

وجود اختلال کروموزومی در زوجین ☐

نوع اختلال:

فرزند قبلی دارای عقب ماندگی ذهنی یا جسمی ☐

نوع اختلال:

وجود مورد یا موارد بیماری یا هرگونه اختلال ژنتیکی در بستگان پدر یا مادر ☐

نوع اختلال:

نسبت فامیلی فرد با زوجین :

ازدواج خویشاوندی ☐

نسبت فامیلی :

سایر علل :

مشخصات بارداری و سابقه بارداری های قبلی :

جنسیت جنین :

بارداری چند قلوئی:

گروه خونی : مادر: پدر:

تعداد حاملگی های قبلی :

تعداد زایمان ها :

تعداد سقط:

تعداد مرگ داخل رحمی:

تعداد فرزندان فوت شده:

امضاء مسئول پذیرش:

امضاء مراجعه کننده: