



هوالشافی

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی ایران

فرم پذیرش نمونه جهت بررسی اختلالات کروموزومی (کاریوتایپ)

شماره پرونده: تاریخ:

نام و نام خانوادگی: سن:

وضعیت تأهل: نام پزشک درخواست کننده:

نوع نمونه: ☐ خون ☐ مغز استخوان ☐ بافت تاریخ نمونه گیری:

علت انجام آزمایش: ☐ ازدواج ☐ بارداری ☐ ناباروری ☐ ابهام جنسی ☐ سرطان

☐ عقب افتادگی ذهنی و سایر بیماری های ژنتیکی در خانواده (با ذکر نوع اختلال و نسبت فرد مبتلا):

☐ سابقه سقط، مرگ داخل رحم (با ذکر سن بارداری):

تعداد دفعات بارداری: تعداد دفعات زایمان: تعداد فرزندان زنده:

تعداد موارد سقط: تعداد موارد مرگ داخل رحمی:

☐ سایر علل:

آدرس:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

امضاء مراجعه کننده: امضاء مسئول پذیرش: