



هوالشافی

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی ایراژن
فرم مربوط به مشاوره ژنتیک

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات پروباند 1:

نام و نام خانوادگی: سن: کد ملی:

مذهب: محل تولد: محل تولد جد پدر و مادر به ترتیب:

آدرس:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

مشخصات پروباند 2:

نام و نام خانوادگی: سن: کد ملی:

مذهب: محل تولد: محل تولد جد پدر و مادر به ترتیب:

آدرس:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

معرف:

علت درخواست مشاوره / شکایت اصلی:

نوع مشاوره: قبل از ازدواج خویشاوندی ☐ (ذکر رابطه خویشاوندی):

قبل از ازدواج غیرخویشاوندی ☐ قبل از بارداری ☐ حین بارداری ☐ تشخیصی ☐

بیماری یا علائم موجود:

تعداد افراد دارای بیماری در کل خانواده و نسبت آن ها:

تشخیص نهایی و نام پزشک در صورت وجود:

امضاء مسئول پذیرش:

امضاء مراجعه کننده: