



مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد - نجم آبادی

کد سند: TE-MNX-FO-014

شماره ویرایش: 00

نام بخش: مولکولی

صفحه: ۱ از ۲

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات گروه NGS

عنوان سند:

نام آزمایشگاه فرستنده:	شهر:	تکمیل کننده فرم:	تاریخ تکمیل فرم: / /
------------------------	------	------------------	--

شخصیات متقاضی	نام و نام خانوادگی متقاضی:	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: / /	نام پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:
	نسبت فامیلی والدین:	نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین همسر:			
	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	قومیت: <input type="checkbox"/> فارس <input type="checkbox"/> ترک <input type="checkbox"/> کرد <input type="checkbox"/> لر <input type="checkbox"/> گیلکی <input type="checkbox"/> بلوچ <input type="checkbox"/> عرب <input type="checkbox"/> سایر:				

شرح حال بالینی	علت مراجعه:	تشخیص بیماری:	تشخیص افتراقی:
	وضعیت متقاضی: <input type="checkbox"/> میتلا <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> سن بروز علائم:	سابقه ابتلا به بیماری در: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده	نوع بیماری را ذکر نمایید:
	سابقه انجام آزمایش ژنتیک: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله ، نام آزمایش:	سابقه پیوند مغزاستخوان: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	

<input type="checkbox"/> Abnormality of head	<input type="checkbox"/> Abnormality of ear	<input type="checkbox"/> Abnormality of eye	<input type="checkbox"/> Abnormality of the nervous system	<input type="checkbox"/> Abnormality of fingers or toes	<input type="checkbox"/> Abnormality of the endocrine system	<input type="checkbox"/> Abnormality of genitourinary system
<input type="checkbox"/> Abnormality of limbs	<input type="checkbox"/> Abnormality of immune system	<input type="checkbox"/> Abnormality of cardiovascular system	<input type="checkbox"/> Abnormality of respiratory system	<input type="checkbox"/> Abnormality of the digestive system	<input type="checkbox"/> Abnormality of prenatal development of birth	<input type="checkbox"/> Abnormality of blood & blood-forming tissue
<input type="checkbox"/> Abnormality of skin	<input type="checkbox"/> Abnormal skin pigmentation	<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Attention deficit, Hyperactivity	<input type="checkbox"/> Amyotrophic lateral sclerosis	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Behavioral abnormality
<input type="checkbox"/> Cleft lip/palate	<input type="checkbox"/> Connective tissue disorder	<input type="checkbox"/> Dysmorphic facial features	<input type="checkbox"/> Epidermolysis bullosa	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Gait disturbance
<input type="checkbox"/> Hypotonia	<input type="checkbox"/> Hydrops fetalis	<input type="checkbox"/> Intellectual disability	<input type="checkbox"/> Ichthyosis	<input type="checkbox"/> Joint contractures	<input type="checkbox"/> Leukodystrophy	<input type="checkbox"/> Multiple congenital anomalies
<input type="checkbox"/> Microcephaly	<input type="checkbox"/> Muscle dystrophy	<input type="checkbox"/> Myopathy	<input type="checkbox"/> Marfanoid habitus	<input type="checkbox"/> Neurodevelopmental delay	<input type="checkbox"/> Neuropathy	<input type="checkbox"/> Neuromuscular abnormality
<input type="checkbox"/> Neurofibromatosis	<input type="checkbox"/> Neoplasm	<input type="checkbox"/> Ophthalmoplegia	<input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta	<input type="checkbox"/> Ptosis	<input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa	<input type="checkbox"/> Renal cyst
<input type="checkbox"/> Speech problem	<input type="checkbox"/> Sensorineural hearing impair	<input type="checkbox"/> Spinal muscular atrophy	<input type="checkbox"/> Spasticity	<input type="checkbox"/> Short stature	<input type="checkbox"/> Skeletal abnormality	<input type="checkbox"/> Other:

نمونه	<input type="checkbox"/> خون محیطی با ضد انعقاد EDTA	حجم نمونه:	<input type="checkbox"/> DNA میکروگرم (حداقل ۱۰ میکروگرم DNA با غلظت ≥ 50 ng/ μ l)	شماره DNA:	<input type="checkbox"/> بلوک پارافینی	شماره پاتولوژی:
-------	--	------------------	---	------------	--	-----------------

مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد - نجم آبادی	کد سند: TE-MNX-FO-014	شماره ویرایش: 00	نام بخش: مولکولی
صفحه: ۲ از ۲	فرم ثبت اطلاعات آزمایشات گروه NGS		
			عنوان سند:



ردیف	لطفا متقاضی (پروبان) را با فلش مشخص و افراد مبتلا در خانواده را با ■ نمایش دهید:			
	<input type="checkbox"/> NGS-Ataxia-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Carrier Screening Female	<input type="checkbox"/> NGS- Carrier Screening Male	<input type="checkbox"/> NGS-Carrier screening female (Without DMD)
	<input type="checkbox"/> NGS-Ciliopathies-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-CMT & Sensory Neuropathies-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-CNV-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Corpus Callosum Agenesis-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Craniofacial anomalies-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Disorders in sex development-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Duo (Proband & 1 family member)-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Epilepsy-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Exome (Medical exome for OMIM referenced genes)	<input type="checkbox"/> NGS-Exome (Medical exome for OMIM referenced genes 200X)	<input type="checkbox"/> NGS-Exome+Mito 100X	<input type="checkbox"/> NGS-Hearing Loss-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Hemostatic/Thrombotic disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Hereditary Spastic Paraplegia-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-ID (Syndromic-NonSyndromic)-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Iron disorders-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Mendelian Disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Metabolic disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Mitochondrial disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Movement disorders-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Multiple congenital anomalies-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Muscular Dystrophy & Muscle disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Parents (including carrier detection)-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Primary immunodeficiencies-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Reanalysis of data	<input type="checkbox"/> NGS-Research Exome 100X	<input type="checkbox"/> NGS-RP-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Skin disorders-Exome
	<input type="checkbox"/> NGS-Trio (Proband & 2 family preferred members)-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Vision disorders-Exome	<input type="checkbox"/> NGS-Whole Genome Sequencing	<input type="checkbox"/> NGS-Carrier Screening-Medical Exome
	سایر:			

نام پزشک:	تخصص:	نام پزشک درخواست کننده آزمایش:
نظام پزشکی:		

لطفا تمامی نتایج موجود از آزمایشات Blood Tests, Biopsy, IHC, EMG-NCV, EEG, Audiogram, Echocardiography, MRI, CT و را همراه فرم ضمیمه نمایید. در صورت ارسال نمونه DNA، لطفا مستندات مرتبط با خلوص و کیفیت DNA از جمله نسبت جذب نوری ۲۶۰ به ۲۸۰ (A260/280) را ضمیمه نمایید.