



مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد - نجم آبادی

کد سند : TE-MCX-FO-076

شماره ویرایش : 00

نام بخش : مولکولی

صفحه : ۱ از ۲

عنوان سند :

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات گروه سرطان

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

نام و نام خانوادگی بیمار:	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....
---------------------------	---------	---	-----------------------------------

علت مراجعه / شرح حال	تشخیص اولیه / علت مراجعه:	داروهای در حال مصرف / سابقه شیمی درمانی:
	..... ..... ..... ..... .....	
علت مراجعه	نتیجه آخرین آزمایش CBC:	WBC:                      RBC:                      RDW:                      HB:                      MCH:                      MCHC:                      MCV:                      PLT:                      Ferritin:
	آیا فرد دیگری در خانواده / اقوام درجه یک سابقه ابتلا به این بیماری را داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله، نسبت با بیمار: ..... <input type="checkbox"/> خیر	توضیحات:

نوع نمونه	<input type="checkbox"/> خون محیطی با ضد انعقاد: <input type="checkbox"/> EDTA یا <input type="checkbox"/> Sodium Heparin <input type="checkbox"/> آسپیراسیون مغز استخوان با ضد انعقاد: <input type="checkbox"/> EDTA یا <input type="checkbox"/> Sodium Heparin <input type="checkbox"/> Transfer Medium <input type="checkbox"/> تعداد اسلاید تهیه شده: .....
	<input type="checkbox"/> بلوک پارافینی                      تعداد بلوک:                      تعداد اسلاید:                      شماره پاتولوژی:                      نوع نمونه: <input type="checkbox"/> Biopsy <input type="checkbox"/> Resection Surgical
	<input type="checkbox"/> بافت تازه (بیوپسی / جراحی)                      نوع نگهدارنده:                      فرمالین بافری <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> توضیحات:



فرم ثبت اطلاعات آزمایشات گروه سرطان

عنوان سند :

آزمایشات به روش FISH						
<input type="checkbox"/> Adult ALL panel	<input type="checkbox"/> Pediatric ALL panel	<input type="checkbox"/> AML panel	<input type="checkbox"/> Multiple Myeloma panel (I)	<input type="checkbox"/> Multiple Myeloma complete panel	<input type="checkbox"/> Eosinophilia panel	<input type="checkbox"/> CLL panel
<input type="checkbox"/> Myeloproliferative panel	<input type="checkbox"/> MDS panel	<input type="checkbox"/> Her2-Neu amplification	<input type="checkbox"/> 1p/19q Co-Deletion	<input type="checkbox"/> ALK-EML4 rearrangement	<input type="checkbox"/> ROS1 rearrangement	<input type="checkbox"/> Double-hit lymphoma
<input type="checkbox"/> Triple-hit lymphoma	<input type="checkbox"/> PML/RARA rearrangement t(15;17)	<input type="checkbox"/> TEL/AML rearrangement t(12;21)	<input type="checkbox"/> FGFR3/IGH rearrangement t(4;14)	<input type="checkbox"/> IGH/MAF rearrangement t(14;16)	<input type="checkbox"/> IGH/MAFB rearrangement t(14;20)	<input type="checkbox"/> IGH/BCL2 rearrangement t(14;18)
<input type="checkbox"/> BCR/ABL1 t(9;22)	<input type="checkbox"/> MYC rearrangement (8q24)	<input type="checkbox"/> CCND1/IGH t(11;14)	<input type="checkbox"/> RUNX1T1/RUNX1 t(8;21)	<input type="checkbox"/> FGFR1 rearrangement (8p11)	<input type="checkbox"/> PDGFRA-FIP1L1-CHIC2 (4q12)	<input type="checkbox"/> PDGFRB rearrangement (5q32)
<input type="checkbox"/> Deletion/loss 17p	<input type="checkbox"/> ATM deletion/loss (11q22)	<input type="checkbox"/> Deletion/loss 13q	<input type="checkbox"/> N-myc amplification	<input type="checkbox"/> EWSR1 Screening for t(V;11)	<input type="checkbox"/> EGFR amplification	<input type="checkbox"/> CDKN2A/B (9p21)
آزمایشات مولکولی						
<input type="checkbox"/> RT-PCR (4-11)	<input type="checkbox"/> RT-PCR (12-21)	<input type="checkbox"/> RT-PCR (1-19)	<input type="checkbox"/> RT-PCR (8-21)	<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P190KD) کیفی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P210KD) کیفی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P230KD) کیفی
<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P190) کمی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P210) کمی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (9-22) (P190-P210-P230) کیفی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (15-17) PML-RARa کیفی	<input type="checkbox"/> RT-PCR (15-17) PML-RARa کمی	<input type="checkbox"/> RT-PCR inv (16)	<input type="checkbox"/> AML RT-PCR Panel
<input type="checkbox"/> ALL RT-PCR Panel	<input type="checkbox"/> JAK2 gene v617F Mutation	<input type="checkbox"/> JAK2 Exon 12	<input type="checkbox"/> BRAF Mutation	<input type="checkbox"/> CALR Mutation	<input type="checkbox"/> CKIT Mutation	<input type="checkbox"/> EGFR Mutations
<input type="checkbox"/> FLT-3 Mutation	<input type="checkbox"/> FAP (APC gene mutation analysis)	<input type="checkbox"/> IDH1 Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> IDH2 Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> Imatinib Resistance	<input type="checkbox"/> K-RAS Mutations	<input type="checkbox"/> N-RAS Mutations
<input type="checkbox"/> MLPA-CLL panel	<input type="checkbox"/> MLPA-MGMT	<input type="checkbox"/> MLPA-BRCA1&2	<input type="checkbox"/> MPL-Mutation	<input type="checkbox"/> Microsatellite instability (MSI)	<input type="checkbox"/> NPM-1 Mutation	<input type="checkbox"/> PDGFRa-Tissue
<input type="checkbox"/> RET Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> TERT Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> TP53 Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> ASXL1 Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> ATRX Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> CEBPA Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> CDH1 Mutations (HDGC)
<input type="checkbox"/> DPYD (5-FU) IVS14+1G>A	<input type="checkbox"/> H3F3A Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> Irinotecan Toxicity	<input type="checkbox"/> SRSF2 Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> SF3B1 Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> POLE Common Somatic Mutation	<input type="checkbox"/> U2AF1 Somatic Mutation
آزمایشات به روش NGS						
<input type="checkbox"/> NGS – BRCA1 & BRCA2 plus Del/Dup (Germline)		<input type="checkbox"/> NGS – BRCA1 & BRCA2 plus Del/Dup (Somatic)		<input type="checkbox"/> NGS – Hereditary Comprehensive Cancer panel		<input type="checkbox"/> NGS – Hereditary Cancer panel
<input type="checkbox"/> NGS – MultiCancer with CNV panel		<input type="checkbox"/> Cancer Precision for Tumor Profiling		<input type="checkbox"/> NGS - Onco Myeloid Panel		<input type="checkbox"/> Oncotype DX
بررسی مارکرهاي پروگنوستیک به روش IHC						
<input type="checkbox"/> MLH1	<input type="checkbox"/> MSH2	<input type="checkbox"/> MSH6	<input type="checkbox"/> PMS2	<input type="checkbox"/> HER2	<input type="checkbox"/> ER	<input type="checkbox"/> PR
					<input type="checkbox"/> Ki67	<input type="checkbox"/> P53
سایر آزمایشاتی که در این فرم درج نشده است					سیتوژنتیک	
					<input type="checkbox"/> کشت و مطالعه کروموزومی (کاریوتایپ)	
					<input type="checkbox"/> سایر آزمایشات:	

آزمایشات درخواستی

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

در موارد سرطان‌های خون، درج نتیجه آخرین آزمایش CBC یا ارسال کپی آن الزامی است. در صورت ارسال نمونه بلوک پارافینی، ارسال گزارش پاتولوژی مربوط به آن بلوک الزامی است. لطفاً کپی نتایج سایر آزمایشات بیمار (خون، IHC، سونوگرافی، MRI، سی‌تی‌اسکن و ...) را در صورت وجود ارسال نمایید.