



مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد - نجم آبادی

کد سند: TE-CPO-FO-020

شماره ویرایش: 02

نام بخش: سیتوژنتیک

صفحه: ۱ از ۲

عنوان سند:

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیصی پس از تولد

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

مشخصات متقاضی	نام و نام خانوادگی متقاضی (۱):	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	نسبت فامیلی والدین:	
	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین همسر:	وضعیت بارداری: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
	سن بارداری در تاریخ نمونه برداری بر حسب سونوگرافی: ..... هفته و ..... روز	سابقه بارداری قبلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تعداد دفعات: ..... بارداری: ..... زایمان: ..... سقط: ..... مرگ داخل رحم: ..... فرزند زنده: ..... فرزند فوت شده: .....			
	نام و نام خانوادگی متقاضی (۲):	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	نسبت فامیلی با متقاضی (۱):	
نام و نام خانوادگی متقاضی (۳):	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	نسبت فامیلی با متقاضی (۱):		

علت مراجعه / شرح	<input type="checkbox"/> یافته‌های بالینی در متقاضی:	<input type="checkbox"/> یافته‌های بالینی یا سابقه بیماری‌های ارثی در خانواده و خویشاوندان:
	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

نمونه	<input type="checkbox"/> خون محیطی با ضد انعقاد: <input type="checkbox"/> Sodium Heparin یا <input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> نمونه بافت از محصول بارداری: ..... هفته	حجم نمونه ارسالی: .....	توضیحات:
-------	---	--	-------------------------	----------

رسم شجره	لطفاً متقاضی (پروبان) را با فلش مشخص و افراد مبتلا در خانواده را با ■ نمایش دهید:	چنانچه رسم شجره امکان پذیر نیست، به سوالات زیر به صورت کتبی پاسخ دهید:
		<p>۱- نسبت فامیلی والدین آقا:</p> <p>۲- نسبت فامیلی والدین خانم:</p> <p>۳- افراد مبتلا در خانواده آقا با ذکر نسبت:</p> <p>۴- افراد مبتلا در خانواده خانم با ذکر نسبت:</p> <p>سایر توضیحات:</p>



مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد - نجم آبادی

کد سند : TE-CPO-FO-020

شماره ویرایش : 02

نام بخش : سیتوژنتیک

صفحه : ۲ از ۲

عنوان سند :

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیص پس از تولد

آزمایشات مولکولی

<input type="checkbox"/> Achondroplasia	<input type="checkbox"/> Alpha Thalassemia	<input type="checkbox"/> Beta Thalassemia	<input type="checkbox"/> CAH-Strip Assay	<input type="checkbox"/> CF Common Mutation	<input type="checkbox"/> Clotting Panel
<input type="checkbox"/> Connexin 26	<input type="checkbox"/> Connexin 30	<input type="checkbox"/> CYP2C9 Genotype	<input type="checkbox"/> DNA-Extraction	<input type="checkbox"/> DM1 (Myotonic Dystrophy 1)	<input type="checkbox"/> Duchenne-Ind
<input type="checkbox"/> Factor XIII	<input type="checkbox"/> Factor-V (Leiden)	<input type="checkbox"/> FancA-Seq-MLPA	<input type="checkbox"/> FMF	<input type="checkbox"/> Fragment Reaction	<input type="checkbox"/> Fragment Run
<input type="checkbox"/> Fragile X-Mol	<input type="checkbox"/> Friedreich's Ataxia	<input type="checkbox"/> Gaucher	<input type="checkbox"/> Gene Seq 02-05 Exon	<input type="checkbox"/> Gene Seq 06-10 Exon	<input type="checkbox"/> Gene Seq 11-25 Exon
<input type="checkbox"/> Gene Seq 26-50 Exon	<input type="checkbox"/> Hemochromatosis	<input type="checkbox"/> Hemophilia A-Inversion 22	<input type="checkbox"/> Hemophilia A-Sequencing	<input type="checkbox"/> Huntington	<input type="checkbox"/> Hypochondroplasia
<input type="checkbox"/> MLPA-Alpha	<input type="checkbox"/> MLPA-Aneuploidies	<input type="checkbox"/> MLPA-Beta	<input type="checkbox"/> MLPA-CAPN3	<input type="checkbox"/> MLPA-Celiac DQ2-DQ8	<input type="checkbox"/> MLPA-CMT (Duplication-PMP22)
<input type="checkbox"/> MLPA-Del/Dup I	<input type="checkbox"/> MLPA-Del/Dup II	<input type="checkbox"/> MLPA-Microdeletions	<input type="checkbox"/> MLPA-Mutation CAH	<input type="checkbox"/> MLPA-SGCA	<input type="checkbox"/> MTH-FR
<input type="checkbox"/> Mutation Confirmation-Family	<input type="checkbox"/> Mutation Confirmation-Ind	<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> Paternity	<input type="checkbox"/> Paternity-Ind	<input type="checkbox"/> PKU
<input type="checkbox"/> PT-Pro-Thrombin (Factor II)	<input type="checkbox"/> RNA-cDNA	<input type="checkbox"/> RNA-Extraction	<input type="checkbox"/> Sequencing CAPN3	<input type="checkbox"/> Sequencing CF	<input type="checkbox"/> Sequencing DMD/BMD
<input type="checkbox"/> Sequencing FMF	<input type="checkbox"/> Sequencing Hematochromatosis	<input type="checkbox"/> Sequencing Reaction	<input type="checkbox"/> Sequencing Run	<input type="checkbox"/> Sequencing TP53	<input type="checkbox"/> SEX-Determination
<input type="checkbox"/> Sickle Cell	<input type="checkbox"/> SLOS Gene Sequencing	<input type="checkbox"/> SMA	<input type="checkbox"/> SMA-FraX(Carrier screening female)	<input type="checkbox"/> SRY/Sex Determination	<input type="checkbox"/> Thal II-1-XMN
<input type="checkbox"/> TPMT	<input type="checkbox"/> Warfarin Resistance	<input type="checkbox"/> Y-Microdeletion High resolution			

سایر آزمایشات:

آزمایشات سیتوژنتیک

<input type="checkbox"/> A-CGH Oligo	<input type="checkbox"/> A-CGH Bac	<input type="checkbox"/> C-Band	<input type="checkbox"/> FA-Cytogenetics	<input type="checkbox"/> FraX-Cytogenetics	<input type="checkbox"/> Mosaicism
<input type="checkbox"/> NOR-Band	<input type="checkbox"/> OA-CGH	<input type="checkbox"/> PB-Cytogenetics	<input type="checkbox"/> TC-Cytogenetics	<input type="checkbox"/> FISH: .....	

سایر آزمایشات:

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

در صورت درخواست آزمایش تالاسمی، ارسال نتیجه آخرین آزمایش CBC و الکتروفورز الزامی است.	در صورت درخواست آزمایش مطالعه کروموزمی فانکونی، مقدار WCB را ذکر نمایید.	چنانچه در پرونده بیش از یک متقاضی حضور دارد، مشخصات سایر نقرات را در فیلد متقاضی (۲) و (۳) ذکر نمایید.
در صورت درخواست آزمایش Connexin، لطفاً نوع ناشنوایی، شدت ناشنوایی و شروع سن ناشنوایی را ذکر نمایید.	در صورت درخواست آزمایش Connexin، نتیجه تست شنوایی-سنجی ABR را در صورت انجام ضمیمه نمایید.	
مرگ داخل رحم به موافقی اطلاق می‌شود که « بیش از ۲۰ هفته » از بارداری گذشته باشد.	سقط به موافقی اطلاق می‌شود که « کمتر از ۲۰ هفته » از بارداری گذشته باشد.	

آزمایشات درخواستی