

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار:	۱	جنسیت:	۵
نام پدر:	۲	شماره ملی:	۶
نام و نام خانوادگی مادر:	۳	نشانی محل سکونت:	۷
تاریخ تولد:/...../.....	۴	شماره تماس ضروری:	۸

سوابق بیمار و مادر (در صورت داشتن هر کدام، لطفا علامت بزنید)

	بلی	خیر	
عوارض حین زایمان:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه زایمان زودرس:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه زردی نوزاد:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه خویشاوندی والدین بیمار:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه بروز تشنج:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه بستری بیمار:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توضیحات:
سابقه تزریق یا تعویض خون نوزاد:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاریخ تزریق خون:
سن بروز علائم بیماری:			
اسامی داروهای مصرفی توسط بیمار:			

علائم بیمار (در صورت داشتن هر کدام، لطفا علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> بوی غیر طبیعی	۱۸	<input type="checkbox"/> رفتار غیر طبیعی نظیر بی قراری	۳۴
<input type="checkbox"/> عدم وزن گیری	۱۹	<input type="checkbox"/> اختلالات حرکتی	۳۵
<input type="checkbox"/> بی میلی به شیر یا غذا خوردن	۲۰	<input type="checkbox"/> مشکلات اسکلتی	۳۶
<input type="checkbox"/> استفراغ	۲۱	<input type="checkbox"/> شلی عضلات	۳۷
<input type="checkbox"/> اسهال	۲۲	<input type="checkbox"/> سفتی عضلات	۳۸
<input type="checkbox"/> کوچکی غیر طبیعی سر	۲۳	<input type="checkbox"/> ضعف عضلانی	۳۹
<input type="checkbox"/> بزرگی غیر طبیعی سر	۲۴	<input type="checkbox"/> فلج	۴۰
<input type="checkbox"/> بزرگی کبد	۲۵	<input type="checkbox"/> تاخیر در تکلم	۴۱
<input type="checkbox"/> بزرگی قلب	۲۶	<input type="checkbox"/> اختلال در تکلم	۴۲
<input type="checkbox"/> بزرگی طحال	۲۷	<input type="checkbox"/> تأخیر رشد و نمو	۴۳
<input type="checkbox"/> ضایعات پوستی	۲۸	<input type="checkbox"/> تأخیر حرکتی (گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن)	۴۴
<input type="checkbox"/> کبودی	۲۹	<input type="checkbox"/> مشکلات شنوایی	۴۵
<input type="checkbox"/> تشنج مقاوم به درمان	۳۰	<input type="checkbox"/> مشکلات بینایی	۴۶
<input type="checkbox"/> عقب ماندگی ذهنی	۳۱	<input type="checkbox"/> آب مروارید	۴۷
<input type="checkbox"/> تغییر در سطح هوشیاری	۳۲	<input type="checkbox"/> مشکل تنفسی	۴۸
<input type="checkbox"/> بی حالی	۳۳	<input type="checkbox"/> رنگ غیر طبیعی ادرار	۴۹

آیا علائم مشابه در سایر فرزندان خانواده یا بستگان وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	نسبت با بیمار:	۵۰
آیا سابقه مرگ بدون علت در فرزندان خانواده یا بستگان وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	نسبت با بیمار:	۵۱
نام پزشک معالج:		۵۲
شرح حال مختصر بیمار و علت مراجعه ایشان به پزشک:		۵۳

لطفا در صورت داشتن سوابق آزمایشگاهی یا بررسی ژنتیکی، کپی آخرین نتایج به آزمایشگاه ارائه داده شود.

" لطفا این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد "

آیا بیمار شرایط ناشتایی آزمایش را رعایت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	توضیحات:
نام آزمایشگاه ارسال کننده:	
تاریخ پذیرش:	
مهر و امضای آزمایشگاه ارسال کننده:	تاریخ دریافت نمونه توسط آزمایشگاه سامان: