

نام و نام خانوادگی بیمار:	جنسیت:	نژاد:	نام پدر:
(Patient's Name)	(Gender)	(Ethnic)	(Father's Name)
شماره ملی:	گروه خونی:	میزان تحصیلات و شغل پدر:	نسبت خانوادگی پدر و مادر:
(National Code)	(Blood Group)	میزان تحصیلات و شغل مادر:	(Parental Affiliation)
بیمار فرزند چندم خانواده است؟	تاریخ تولد بیمار / سن بیمار	سن شروع علائم بیماری:	تاریخ و نوبت مراجعه به آزمایشگاه:
کد پذیرش:	(Patient's Birth Date)	(Commencing Date of Symptoms)	(Time of Referral)
سن مادر در هنگام حاملگی:	سن حاملگی نوزاد: طبیعی (رسیده) <input type="checkbox"/> نارس <input type="checkbox"/>	در صورت نارس بودن نوزاد، سن بر حسب هفته در زمان تولد:	Gestational Age (weeks):
سابقه بیماری در خانواده:	روش زایمان:	سابقه فوت زود هنگام در خانواده:	سابقه بستری:
	عوارض حین زایمان:		
نام پذیرش کننده و تکمیل کننده فرم:	نام پزشک:	آدرس بیمار و شماره تلفن تماس همراه و ثابت (جهت مواقع ضروری):	
(Receptionist's Name)	(Physician's Name)	(Address & Phone No.)	
تاریخ و ساعت نمونه گیری:	نام نمونه گیر:	نام مرکز ارسال کننده نمونه با ذکر تاریخ و ساعت ارسال:	
(Date and Time of Sample Collection)	(Phlebotomist's Name)	(Origin Lab)	

(Clinical Signs and Symptoms) نشانه ها و علائم بالینی

مشکل تنفسی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تاخیر حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Respiratory Distress / Insufficiency)	(Motor Delayed)
امتناع از غذا خوردن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	استفراغ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Anorexia)	(Vomiting)
مشکلات ماهیچه ای (هیپوتونی/هیپر تونی/ضعف عضلانی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	ماکروسفالی و میکروسفالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Muscular Problem)	(Microcephaly or Macrocephaly)
مشکلات اسکلتی و ساختاری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	رنگ غیر طبیعی ادرار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Skeletal Problem)	(Abnormal Urine Color)
حرکات غیر طبیعی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	وزن گیری: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/>
(Abnormal actions and activities)	(Weight Gain)
تاخیر رشد و نمو: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	بوی غیر طبیعی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Developmental Delay/Failure to thrive)	(Abnormal Odor)
مشکلات بینایی و شنوایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	فلج: می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/>
(Hearing or Visual Abnormalities)	(Paralysis/ Clubbing/polydactyly)
مشکل تکلم: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	عقب ماندگی ذهنی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Speech Problems)	(Mental Retardation-Intellectual Disability)
بزرگی اعضای داخلی بدن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تشنج / لرزش: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Organomegaly)	(Seizure/Tremor)
سابقه مرگ ناگهانی در خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	کما: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Sudden Death in Family)	(Coma)

آزمایشات انجام شده (مثل لاکتات، آمونیاک و ...) و نتیجه آنها (کپی آخرین نتایج آزمایش پیوست شود):

(Assays Performed Such as Lactate, Ammonia, ...) (Last Results Should be Attached)

داروهای مورد استفاده: آنتی بیوتیک ها (مانند سفتریاکسون، وانکوماسین)، داروهای ضد تشنج (مانند فنوباریتال، فنیتوئین، ریسپریدون) ویتامین ها و یا سایر داروها مانند هیدروکورتیزون.

(Drugs used by Patient)

تزریق خون: دارد ندارد اگر پاسخ مثبت است تاریخ آخرین تزریق خون یادداشت شود:

(Blood Transfusion)

توضیحات تکمیلی: (نتایج سونوگرافی، رادیولوژی یا سی تی اسکن، نوار قلب، نوار عصب و... در صورت وجود پیوست گردد.)

(Complementary explanation)

قسمت زیر در محل انجام آزمایش تکمیل می گردد:

نام مرکز دریافت کننده نمونه:	تاریخ و ساعت تحویل نمونه به مرکز دریافت کننده نمونه:
(Destination Lab)	(Date and time of Specimen Delivery)
کیفیت نمونه جهت انجام آزمایش: مطلوب <input type="checkbox"/> غیرمطلوب <input type="checkbox"/>	نام و امضاء تحویل گیرنده نمونه در مرکز انجام آزمایش:
نام و امضاء مسئول کنترل نمونه در آزمایشگاه:	