

شماره سند :	تعداد صفحات:	معتبر از تاریخ : 93/02/01	زمان بازنگری : 94/02/01
شرح کلی : فرم اطلاعات بررسی ژنتیکی ناشنوایی Connexin			محدوده توزیع :

فرستنده:	کد :	تلفن :
استان:	شهر	شماره پرونده:
تاریخ:		

به منظور انجام خدمت بهتر خواهشمند است همراه با ارسال نمونه جهت تست های مولکولی فرم زیر را تکمیل بفرمایید.

پزشک درخواست کننده (و نظام پزشکی): ..... - آزمایش درخواستی: .....

نام: ..... نام خانوادگی: ..... - جنسیت: .....

تاریخ تولد: ...../...../..... - گروه خون: ..... - محل تولد: .....

نسبت فامیلی والدین: .....

نسبت فامیلی زوجین: ..... - تاریخ ازدواج: ...../...../.....

نوع ناشنوایی:  یک طرفه  دو طرفه  پیشرونده

Non-specific  sensorineural  conductive

شروع ناشنوایی از سن: ..... سالگی

شدت ناشنوایی:  خفیف  متوسط  شدید

ناشنوا نمی باشد و مایل به بررسی وضعیت ناقل بودن. نسبت فامیلی فرد ناشنوا: .....

علائم همراه:

مشکل قلبی: .....

مشکل بینایی: .....

قیافه دیسمورفیک: .....

مشکل کلیوی: .....

غیره: .....

لطفا در صورت انجام ABR، آن را ضمیمه کنید.

لطفاً شجره خانواده رسم شود. (الزامی است):

فردی که نمونه آن ارسال شده را با فلش مشخص کنید. افراد مبتلا را با ● و یا ■ مشخص کنید.