

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم ارسال مایع امنیون و پرز جفتی		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۱۲
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

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

به منظور انجام خدمت بهتر خواهشمند است همراه با ارسال مایع امنیون و پرز جفتی، فرم زیر را تکمیل فرمایید.

- ❖ پزشک درخواست کننده(و نظام پزشکی):..... آزمایش درخواستی:.....
- ❖ نام بیمار:..... نام خانوادگی بیمار:.....
- ❖ تاریخ تولد مادر:...../...../..... گروه خون:..... محل تولد:.....
- ❖ نسبت فامیلی زوجین:.....
- ❖ سن بارداری در تاریخ نمونه برداری بر حسب سونوگرافی: هفته و روز
- ❖ تاریخ آخرین قاعدگی:/...../..... تاریخ نمونه گیری:/...../.....
- ❖ بارداری دو قلو: بله خیر
- ❖ سابقه بارداری قبلی: سابقه سقط، مرگ داخل رحم، مرگ فرزند (در بارداری ها، سقط به مواردی اطلاق می شود که کمتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد. مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق می شود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد).
- تعداد دفعات حاملگی: تعداد دفعات زایمان: تعداد سقط: تعداد مرگ داخل رحم: تعداد بچه های زنده: تعداد بچه های فوت شده:
- ❖ علت مراجعه:
- سن بالای مادر:.....
- اگر تست های غربال گری انجام شده است مقدار ریسک و نوع تست ذکر شود. در صورت سونوگرافی مختل، کپی سونوگرافی ضمیمه شود
-
- سابقه فرزند با اختلال کروموزومی (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است شماره پذیرش ذکر شود)
-
- اختلال کروموزومی در زوجین (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است شماره پذیرش ذکر شود)
-

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم ارسال مایع امنیون و پرز جفتی		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۱۲
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

علل دیگر توضیح داده شود:

درخواست نمونه گیری جنین برای تشخیص قبل از تولد

تلفن تماس	شماره پذیرش	سن جنین براساس آخرین سونوگرافی	شماره پذیرش:	نام و نام خانوادگی بیمار:
تعداد سرنگ و مقدار نمونه	تاریخ نمونه گیری	پزشک نمونه گیر	<input type="checkbox"/> مایع <input type="checkbox"/> آمنیوتیک (آمنیوسنتز)	نوع نمونه درخواست شده
تعداد سرنگ و مقدار نمونه	تاریخ نمونه گیری	پزشک نمونه گیر	<input type="checkbox"/> پرزهای کوریونی (CVS)	
		اطاع به بیمار (تاریخ اطلاع رسانی)		تعیین وقت قبلی با پزشک نمونه گیر (تاریخ رزرو شده)
علت انجام آزمایش:				
توضیحات				
			<input type="checkbox"/> نتایج سونوگرافی	مدارک مورد نیاز (کپی ضمیمه پرونده گردد)
			<input type="checkbox"/> نتایج تست های غربالگری	
			<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشهای ژنتیک قبلی (در صورت وجود)	
			<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشهای ژنتیک والدین (در صورت وجود)	
			<input type="checkbox"/> نتیجه گروه خون	کاستی های پرونده
		<input type="checkbox"/> تعیین جنسیت	<input type="checkbox"/> تست و مطالعه کروموزومی	آزمایش درخواستی
		<input type="checkbox"/> تالاسمی	<input type="checkbox"/> QF-PCR	

آدرس: تهران - خیابان محمدعلی جناح - بالاتر از بلوار شهید گلاب - نرسیده به
 فلکه دوم صادقیه - نیش کوچه عابدزاده - طبقات همکف تا چهارم
 تلفن: ۰۲۱۴۴۲۸۷۶۳۲-۵

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم ارسال مایع امنیون و پرز جفتی		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۱۲
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

SMA <input type="checkbox"/>	FISH <input type="checkbox"/>	توضیح اینکه در مورد تست QF-PCR علاوه بر نمونه مایه آمنیون یا CVS ضروریست یک ویال CBC از خون مادر نیز ارسال شود.
DMD/BMD <input type="checkbox"/>	MLPA جهت: <input type="checkbox"/>	
فراژیل X <input type="checkbox"/>	Array CGH <input type="checkbox"/>	
ارسال به خارج برای NGS <input type="checkbox"/>	ناشنوایی <input type="checkbox"/> Connexin ۲۶&۳۰	

آدرس: تهران - خیابان محمدعلی جناح - بالاتر از بلوار شهید گلاب - نرسیده به
 فلکه دوم صادقیه - نیش کوچه عابدزاده - طبقات همکف تا چهارم
 تلفن: ۰۲۱۴۴۲۸۷۶۳۲-۵