

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم ارسال نمونه برای تست موکوپلی ساکاریدوز		
تاریخ : ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش : ۱	PL-RF-RE-۰۳۰
بخش : پذیرش	گروه : مدارک و سوابق	رضوان ظفری

نام خانوادگی: _____ سن: _____ نام پزشک معالج: _____ نام مرکز ارسال کننده: _____

تاریخ جمع آوری نمونه:

۱. زمان شروع علائم بالینی

- ◇ شیرخوارگی
- ◇ نوزادی
- ◇ کودکی
- ◇ بینابینی
- ◇ نوجوانی
- ◇ بزرگسالی

۲. اختلالات نورولوژیک

- ◇ عقب افتادگی ذهنی خفیف
- ◇ عقب افتادگی ذهنی شدید
- ◇ عقب افتادگی ذهنی ندارد

۳. بزرگی کبد و / یا طحال

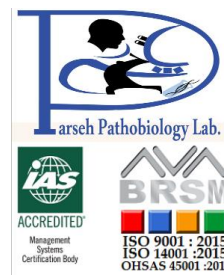
- ◇ +۱
- ◇ +۲
- ◇ +۳
- ◇ +۴

۴. بیماری استخوانی

- ◇ +۱
- ◇ +۲
- ◇ +۳
- ◇ +۴

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 نمونه برای تست موکوپلی ساکاریدوز		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۳۰
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

۵. اختلالات چشمی

- ◇ ندارد
- ◇ کدورت قرینه
- ◇ دژنراسیون شبکیه

۶. سایر یافته ها

- ◇ زمختی صورت
- ◇ درگیری قلبی - عروقی
- ◇ سفتی مفاصل
- ◇ ضایعات پوستی
- ◇ دفورمیتی استخوانی مشخص
- ◇ هیپوپلازی آدنوتوئید
- ◇ بیماری دریچه آئورتی
- ◇ هیدروپس جنینی در فرم نوزادی