

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| فرم بررسی ژنتیکی ناشنوایی | | |
| تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷ | ویرایش: ۱ | PL-RF-RE-۰۳۵ |
| بخش: پذیرش | گروه: مدارک و سوابق | رضوان ظفری |

| | | |
|----------|------|---------------|
| 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):.....
- نام:..... نام خانوادگی:.....
- تاریخ تولد:..... /..... /..... - گروه خون:.....
- جنسیت:.....
- 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. لطفا شجره خانوادهرسم شود. (الزامی است) فردی که نمونه آن ارسال شده را بافلش مشخص کنید. افراد مبتلا را با ● و یا ■ مشخص کنید.