

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم تستهای مولکولی		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۳۳
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: جنسیت: - گروه خون:
- تاریخ تولد: / / - محل تولد: سن بارداری بر حسب سونوگرافی: هفته و روز
- نسبت فامیلی والدین: - تاریخ نمونه گیری: / /
- نسبت فامیلی زوجین: - تاریخ ازدواج: / /

WBC:..... RBC:..... HB:..... MCH:..... MCV:.....
Platelets:..... Ferritin:.....

(در صورت درخواست آزمایش تالاسمی علاوه بر ارسال جواب CBC - diff ارسال جواب Hemoglobin - electrophoresis الزامیست).

(در صورت درخواست آزمایش BCR-ABL علاوه بر ارسال جواب CBC-diff ، مشخص کردن انجام آن به صورت کمی یا کیفی الزامیست).

علت مراجعه:

.....
.....

لطفا در صورت انجام آزمایش ژنتیکی در شخص و یا افراد مبتلا (مرتبط) آن را ضمیمه کنید. در صورتی که قبلا در این مرکز آزمایش انجام داده اند شماره پرونده آن را بنویسید:

لطفا شجره خانواده رسم شود.(الزامی است).

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