



### آزمایش های Translocation – ژن های انعقادی و مقاومتی دارویی

تاریخ:	شماره پذیرش: ارسالی از:	نام بیمار: سن بیمار:	نوع بیمه:
تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه نوبل / / ساعت:	تاریخ و ساعت خونگیری در آزمایشگاه ارسالی / / ساعت:	تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه ارسالی / / ساعت:	

علت درخواست آزمایش:

ترومبوز عروقی تالپوتامید، لوزارتان، وارفرین یا دیازپام و سایر (ذکر شود)	بیماری های قلب و عروق	سقط جنین	مقاومت دارویی به فنی تونین،
--	-----------------------	----------	-----------------------------

آزمایش های مورد درخواست:

Chromosome translocation  
BCR.ABL (P210)T(9-22), CML  
BCR/ABL (P190)T(9-22), ALL  
PML/RAR t(15-17), AML-3  
AML/ETO t(8-21), AML-2  
CBFB/MYH11INV(16). AML-4 EO  
Jack2 PCR

Gene mutation  
Factor V leiden mutation  
Factor II GA20210 mutation  
MTHDE A1298C mutation  
MTHDE C677C mutation  
PAL mutation  
Cytochrome P450 mutation (Drugresistance)

سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی (تاریخ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود):

مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود):

نوع نمونه مورد نیاز: خون تام روی EDTA

حداقل حجم نمونه مورد نیاز 5 میلی لیتر می باشد.

شرایط نگهداری: ترانسلوکاسیون ها 1 روز در دمای محیط (15-25 درجه) و موتاسیون ژن های انعقادی و دارویی 3 روز

دمای محیط و 7 روز در دمای یخچال (2-8 درجه) پایدار است.

نقل و انتقال: در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد.

#### دستورالعمل ثبت ترانسلوکاسیون، موتاسیون ژن های انعقادی و مقاومتی دارویی

- نام بیمار، سن و تاریخ پذیرش نوشته شود.
- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود. (مانند نوبل اصفهان)
- تاریخ و ساعت خونگیری و نیز تاریخ و ساعت ارسال بطور جداگانه در محل مشخص شده نوشته شود.
- علائمی که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده را در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر شود.
- در صورت ابتلا به هر کدام از بیماری های ذکر شده قید کنید در ضمن نحوه ابتلا و تاریخ آن را نیز ذکر کنید.
- دقیقاً نوع آزمایش مورد درخواست را علامت بزنید.
- سابقه مصرف دارو، نام داروهای مصرفی ذکر شود.
- در صورت مصرف هپارین، تاریخ و مدت زمان مصرف نوشته شود.