

فرم ثبت اطلاعات برای آزمایشهای تخصصی

مراجعه کننده محترم پاسخ صحیح به سوالات زیر نه تنها سبب جلوگیری از خطا می شود بلکه به تصمیم گیری در مورد تکرار آزمایش و یا استفاده از آزمایشات تکمیلی کمک کننده خواهد بود لذا لطفا در تکمیل این فرم نهایت دقت را مبذول فرمایید.

			اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنسیت:	☐ مذکر	☐ مؤنث
کد ملی:	تاریخ مراجعه:	تلفن تماس: (ثابت/همراه)		
پزشک معالج:	☐ بستری (در)	☐ سرپایی		
محل نمونه برداری:	☐ ارسالی (از)			

نوع آزمایش درخواستی:

PCR ☐

Flow cytometry ☐

FISH ☐

نوع بیماری و زمان شروع علائم بالینی :

در صورت مصرف دارو، نام و زمان شروع مصرف و میزان دارو (لطفا در صورت توقف در مصرف دارو ، زمان را اعلام فرمایید):

آیا تزریق خون طی ۱-۲ ماه گذشته داشته اید؟

سابقه انجام آزمایش ها (ارائه رونوشت نتایج آزمایش های قبلی اعم از گزارش پاتولوژی ، ژنتیک و مولکولی الزامی است)

☐ ندارد

☐ دارد

سابقه انجام آزمایش تخصصی

نمونه ارائه شده به آزمایشگاه :

☐ ترشحات واژن یا مجرا

☐ ترشحات حلق

☐ سرم

☐ خون (CBC)

مایعات بدن :

شماره بلوک:

☐ بلوک بافتی پارافینه

☐ مغز استخوان

آیا با استفاده از مابقی نمونه و نتایج حاصل از آن در امور آموزشی و پژوهشی و ارتقاء سطح علمی موافق هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام و نام خانوادگی بیمار و یا همراه بیمار

امضاء