

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| شماره سند:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | فرم اطلاعات و دریافت رضایت نامه پذیرش تست های مولکولی ژنتیک پزشکی |
| تاریخ آخرین بازنگری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |
| ❖ مدارک مورد نیاز برای انجام تست:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |
| کپی کارت ملی یا شناسنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | کپی نسخه پزشک                                                     |
| کپی نتایج پاراکلینیک<br>کپی سونوگرافی<br>کپی درخواست آزمایش تالاسمی علاوه بر ارسال جواب تست CBC، ارسال جواب Hemoglobin Electrophoresis الزامی است.<br>کپی درخواست آزمایش BCR-ABL علاوه بر ارسال جواب تست CBC، مشخص کردن انجام آن به صورت کیفی یا کمی الزامی است.<br>کپی درخواست آزمایش QF-PCR، بر روی نمونه آمیون ارسال خون مادر به همراه آن الزامی است.<br>کپی لطفا در صورت انجام آزمایش ژنتیک در شخص و یا افراد مبتلا، جواب آزمایش ضمیمه گردد.<br>کپی در صورت درخواست آزمایش ناشنوایی، اگر ABR انجام شده است، آن را ضمیمه کنید. |                                                                   |

|                                                                                                                     |               |                                                        |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------|---------------------|
| اطلاعات آزمایشگاه فرستنده:                                                                                          |               |                                                        |                     |
| نام آزمایشگاه:                                                                                                      | فرستنده:      | استان:                                                 |                     |
| تاریخ ارسال:                                                                                                        | شماره پرونده: | شهر:                                                   |                     |
|                                                                                                                     |               | تلفن جهت پیگیری:                                       |                     |
| آزمایش درخواستی:                                                                                                    |               | پرونده PND دارد:                                       |                     |
| نوع نمونه:                                                                                                          |               | <input type="radio"/> بله<br><input type="radio"/> خیر |                     |
| روش انجام:                                                                                                          |               | هفته بارداری:                                          | نسبت فامیلی والدین: |
| چنانچه نمونه ارسالی بلوک پارافینه و لام بود لطفا اطلاعات ذیل پر گردد:                                               |               | والدین آقا:                                            | والدین خانم:        |
| شماره بلوک:                                                                                                         | شماره لام:    | تعداد بلوک:                                            | تعداد لام:          |
| لطفا در صورت مصرف دارو، نام و زمان شروع دارو را اعلام بفرمایید؟<br>(در صورت توقف در مصرف دارو، زمان را اعلام کنید.) |               |                                                        |                     |

|                                               |                    |                   |  |
|-----------------------------------------------|--------------------|-------------------|--|
| ❖ اطلاعات مربوط به بیمار: (شماره پذیرش: ..... |                    |                   |  |
| نام و نام خانوادگی:                           | کدملی:             | تاریخ تولد:       |  |
| نام پدر:                                      | نام پزشک:          | شماره نظام پزشکی: |  |
| نام و نام خانوادگی همسر:                      | نسبت فامیلی زوجین: | تاریخ ازدواج:     |  |
| میزان تحصیلات خانم:                           | میزان تحصیلات آقا: | تاریخ نمونه گیری: |  |
| قد(سانتی متر):                                | وزن (کیلوگرم):     | گروه خونی:        |  |
| نشانی محل سکونت:                              |                    |                   |  |
| شماره تماس ۱:                                 | شماره تماس ۲:      |                   |  |
| علت انجام آزمایش:                             |                    |                   |  |

○ سابقه خانوادگی: (نسبت ذکر شود)

○ تعیین وضعیت ناقلی

○ بررسی فرد مبتلا

○ سرطان (در صورت ابتلا به سرطان نوع آن را ذکر کنید)

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| شماره سند:           | فرم اطلاعات و دریافت رضایت نامه پذیرش تست های مولکولی ژنتیک پزشکی |
| تاریخ آخرین بازنگری: |                                                                   |

### ❖ رضایتنامه :

اینجانب..... بیمار/همراه بیمار..... صحت تمامی اطلاعات وارد شده در فرم فوق را تایید می نمایم و موافقت کامل خود را با انجام آزمایش ژنتیکی خواسته شده بر روی نمونه خود، جنین، فرزندم اعلام می دارم.  
به من اطلاع داده شده که ممکن است به هر دلیل (مناسب نبودن نمونه، مصرف دارو و....) آزمایش نیاز به تکرار داشته باشد و منجر به تاخیر در جوابدهی شود یا نیاز به نمونه گیری مجدد داشته باشد: برای من محدودیت های این آزمایش و مشکلات احتمالی به طور کامل توضیح داده شد و تفهیم گردیده است.  
بدیهی است اطلاعات ارائه شده به آزمایشگاه و جواب آزمایش اینجانب محرمانه است می باشد و جواب آزمایش تنها به شخص پذیرش شده با دست در داشتن قبض پذیرش و کارت ملی تحویل داده می شود.

### علائم بیمار:

### ❖ شجره نامه:

امضا و اثر انگشت همراه: (نسبت ذکر شود)

امضا و اثر انگشت خانم باردار:

امضا و نام شخص مشاوره دهنده:

مهر و امضا آزمایشگاه: