



آزمایش های Translocation – ژن های انعقادی و مقاومتی دارویی

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

علت درخواست آزمایش:

سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخی):
مقاومت دارویی به فنی توئین، سقط جنین
ترومبوز عروقی بیماری های قلب و عروق تالبوتامید، لوزارتان، وارفرین یا دیازپام و سایر (ذکر شود)

آزمایش های مورد درخواست:	
Chromosome translocation	Gene mutation
BCR.ABL (P210)T(9-22), CML	Factor V leiden mutation
BCR/ABL (P190)T(9-22), ALL	Factor II GA20210 mutation
PML/RAR t(15-17), AML-3	MTHDE A1298C mutation
AML/ETO t(8-21), AML-2	MTHDE C677C mutation
CBFB/MYH11INV(16). AML-4 EO	PAL mutation
Jack2 PCR	Cytochrome P450 mutation (Drugresistance)

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

نوع نمونه مورد نیاز: خون تام روی EDTA
حداقل حجم نمونه کوردنیاز 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 مقاومت 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 قید کنید 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.