

شرح کلی: فرم و رضایت نامه انجام بررسی های کروموزومی خون

شماره: CG-PB-01.04 آخرین بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰

✓ مدارک مورد نیاز برای انجام تست

دستور پزشک ☐ کپی از شجره نامه (در صورت مشاوره ژنتیک) ☐

نام و نام خانوادگی: ☐ مونث ☐ مذکر ☐ نامشخص

تاریخ تولد: / / کد ملی: شغل:

پزشک درخواست کننده: شماره نظام پزشکی:

تاریخ نمونه گیری: / / ۱۴

علت مراجعه:

☐ چک آپ ☐ سقط مکرر ☐ ابهام جنسی ☐ عقب ماندگی ذهنی ☐ اختلالات قاعدگی
☐ سندروم داون ☐ سندروم کلاینفلتر ☐ سندروم ترنر ☐ نقص ایمنی ☐ آنمی فانکونی ☐ شکنده X
☐ ناباروری مردان ☐ ناباروری زنان ☐ قصد بارداری ☐ بررسی پیش از IVF ☐ سایر

نوع ازدواج: ☐ خویشاوندی ☐ غیر خویشاوندی نسبت زوجین: تاریخ ازدواج: / /

دفعات حاملگی دفعات زایمان دفعات سقط دفعات مرگ داخل رحمی فرزندان زنده فرزندان فوت شده

(سقط به مواردی اطلاق می شود که کمتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد. مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق می شود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد).

علت سقط / مرگ داخل رحمی / فوت

سابقه بیماری ژنتیکی ثبت شده در خانواده

داروهای مصرفی

علائم بالینی

.....

نام زوج

*در صورت مصرف آنتی بیوتیک ها، مسکن ها و آنتی هیستامین ها، سرکوب گرهای سیستم ایمنی حتما نمونه گیر را مطلع نمایید.

رضایت نامه انجام تست

اینجانب موافقت خود را با انجام آزمایش ژنتیکی خواسته شده از سوی پزشک اعلام می دارم. به من اطلاع داده شد 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 و یا نیاز به نمونه گیری مجدد داشته باشد. در موارد خاص برای تفسیر جواب، ممکن است تست های تکمیلی از قبیل نواربندی به روش های مختلف (C-Band و NOR) روی نمونه و یا کاریوتایپ والدین لازم باشد. بدیهی است که این آزمایش های تکمیلی، زمانبندی و هزینه جداگانه ای خواهند داشت.
 در صورت عدم امکان جوابدهی نیمی از هزینه های دریافتی عودت داده خواهد شد.

شماره تماس: تاریخ و امضا

تهران، بزرگراه جلال آل احمد، نرسیده به چمران شمال، کوچه دکتر زنجانی (پروانه)، ساختمان پزشکان چمران، طبقه ۳، واحد ۲۱ و ۲۲

پیام رسان های داخلی و خارجی: ۰۹۰۱۴۴۰۰۰۹۳

تلفن: ۸۸۶۳۱۱۹۷

www.cytogenome.ir

cytogenome@gmail.com