

شرح کلی: برگه اطلاعات و رضایت نامه انجام بررسی های مولکولی

شماره: CG-M-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:

پزشک درخواست کننده: شماره نظام پزشکی: تخصص:

تاریخ نمونه گیری: / / ۱۴..... ساعت نمونه گیری:

علت مراجعه

تست درخواستی

☐ AZF	☐ Clotting panel	☐ FMRI	☐ QF-PCR	☐ Aneuploidy by MLPA
☐ α -Thalassemia	☐ β -Thalassemia	☐ Array-CGH	☐ RET syndrome	☐ MSI
☐ KRAS	☐ NRAS	☐ BRAF	☐ EGFR	☐ EML4-ALK
☐ Jak2 exon12/V617F	☐ BCR-ABL	☐ HFE	☐ MTHFR	☐ CALR
☐ SLOS	☐ BCRA1&2	☐ SMA	☐ DMD-BMD	☐ MLPA-P070
☐ HFE	☐ CFTR	☐ MPL	☐ HD	☐ FMF
Other				

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 این صورت تهیه نمونه مجدد به عهده اینجانب خواهد بود.

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: ۰۹۰۱۴۴۵۵۵۹۳

تلفن: ۸۸۶۳۱۱۹۷

www.cytogenome.ir

cytogenome@gmail.com