

شرح کلی: برگه اطلاعات و رضایت نامه انجام تست FISH/CISH HER2

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

✓ مدارک مورد نیاز برای انجام تست

دستور پزشک ☐ کپی برگه پاتولوژی ☐ کپی IHC ☐

نام و نام خانوادگی: مونث ☐ مذکر ☐

تاریخ تولد: / / کدملی:

پزشک درخواست کننده: شماره نظام پزشکی: تخصص:

تست درخواستی:

تشخیص پزشک:

مرحله درمان:

شماره تلفن همراه و ثابت:

تعداد بلوک: شماره بلوک:

تعداد لام: شماره لام:

سابقه بررسی IHC (در صورت گزارش قبلی، وضعیت ذکر گردد):

ER: ☐ Positive% ☐ Negative

PR: ☐ Positive% ☐ Negative

HER2: ☐ Positive ☐ Equivocal ☐ Negative (Score:)

شرح حال:

رضایت نامه انجام تست

اینجانب موافقت خود را با انجام آزمایش ژنتیکی خواسته شده از سوی پزشک اعلام می‌دارم. به من اطلاع داده شد که ممکن است به هر دلیل (که به اینجانب توضیح داده خواهد شد) آزمایش نیاز به تکرار داشته باشد و منجر به تاخیر در جوابدهی شود 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 هزینه‌های دریافتی عودت داده خواهد شد.

شماره تماس: تاریخ و امضا: