

مشخصات فردی:

خواهشمند است به منظور ارائه خدمات بهتر موارد زیر را با دقت کامل نمایید

نام و نام خانوادگی : کد ملی :

تاریخ و محل تولد: / / محل تولد :

وضعیت تاهل : مجرد متاهل

نسبت خویشاوندی با همسر: بلی خیر نسبت فامیلی زوجین:

نسبت خویشاوندی والدین: بلی خیر نسبت فامیلی والدین:

مصرف داروهای خاص (آنتی بیوتیک-راکوتان): بلی خیر نام دارو:

سابقه پیوند مغز استخوان و یا انتقال خون: بلی خیر تاریخ : / / علت:

اطلاعات پزشک و کلینیک

نام مرکز:

نام پزشک :

تاریخ نمونه گیری: / /

علت مراجعه

ناهنجاری مادرزادی

ابهام جنسیتی

مشکلات ناباروری

سقط مکرر

تولد نوزادان نارس و مرده زایی

مشاوره قبل از ازدواج

مشاوره قبل از بارداری

سایر موارد:

رضایت نامه

لطفا توجه فرمایید:

زمان تقریبی انجام آزمایش سه هفته کاری می باشد. نمونه خون باید در شرایط استریل و در لوله هپارینه جمع آوری و در مدت زمان کمتر از 24 ساعت به آزمایشگاه ارسال شوند. در صورتی که به هر دلیل امکان ارسال نمونه‌ها در این زمان وجود نداشت، نمونه‌ها را در یخچال نگهداری شود.

با توجه به شرایط نمونه در برخی مواقع که ممکن است نیاز به تکرار نمونه‌گیری وجود داشته باشد، همکاری لازم را با آزمایشگاه فراهم داشته باشد.

اینجانب رضایت کامل خود را برای انجام آزمایش کشت کروموزومی (کاربوتایپ) اعلام می‌دارم .

تاریخ: / / امضاء و اثر انگشت