



« فرم پذیرش تست‌های مولکولی ژنتیک پزشکی »

تاریخ نمونه‌گیری / دریافت نمونه:

شماره پرونده:

هفته بارداری:

پرونده PND: بلی خیر

نام و نام خانوادگی بیمار:	سن:	نسبت فامیلی والدین:
نام و نام خانوادگی همسر:	سن:	نسبت فامیلی والدین:
آزمایش درخواستی:	نام پزشک درخواست کننده:	
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:	
آدرس:		

❖ علت انجام آزمایش: بررسی فرد مبتلا تعیین وضعیت ناقلی سابقه خانوادگی / نسبت

❖ علایم کلینیکی:

❖ یافته‌های پاراکلینیکی (نتایج آزمایش‌های خون، سونوگرافی و ...):

لطفاً "نتایج پاراکلینیک" ضمیمه پرونده شود.