

**«فرم پذیرش نمونه جهت بررسی کاریوتیپ خون محیطی»**

تاریخ:.....

شماره پرونده: .....

نام و نام خانوادگی خانم: ..... سن: ..... نسبت فامیلی والدین خانم: .....

نام و نام خانوادگی آقا: ..... سن: ..... نسبت فامیلی والدین آقا: .....

نسبت فامیلی زوجین: ..... نام پزشک درخواست کننده: .....

نسبت فرد مبتلا و سابقه بیماری: .....

شماره تلفن همراه: ..... شماره تلفن ثابت: .....

آدرس: .....

.....

<p>توضیحات: ( شامل داروهای مصرفی و ... )</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>سابقه بارداری:</p> <p>G..... P..... Ab ..... L ..... IUFD .....</p> <p>علت انجام آزمایش:</p> <p><input type="radio"/> درخواست پزشک معالج</p> <p><input type="radio"/> ازدواج <input type="radio"/> قبل از بارداری</p> <p><input type="radio"/> ناباروری <input type="radio"/> ابهام جنسی</p> <p><input type="radio"/> سابقه سقط (سن بارداری در زمان سقط: .....</p> <p><input type="radio"/> سابقه بیماری کروموزومی و ژنتیکی در خانواده</p>
---	---

امضاء مراجعه کننده:

امضاء مشاور: