



Payvand
Clinical and Specialty Laboratory
No. 174, Zafar St, Shariati Ave,
Phone: +98-21-22264144-5
Website: www.payvandlab.com
email:info@payvandlab.com



National Accreditation Center of Iran
مرکز ملی تایید صفات ایران
ISO 15189
ACCREDITATION



International Federation
of Clinical Chemistry
and Laboratory Medicine



Cert No.: QMS-011-00



Accreditation No.: 51809350120

«فرم پذیرش تست های بخش ژنتیک پزشکی»

اطلاعات فردی (این قسمت توسط مراجعه کننده تکمیل می شود)

تلفن همراه	نام و نام خانوادگی بیمار (فارسی)
تلفن ثابت	نام و نام خانوادگی بیمار (لاتین)
آدرس کدملی
	تاریخ تولد

اطلاعات نمونه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)

تاریخ / ساعت نمونه گیری	<input type="radio"/> نمونه خون <input type="radio"/> هپارینه <input type="checkbox"/> EDTA <input type="radio"/> هپارینه <input type="checkbox"/> EDTA
نام پزشک درخواست کننده	<input type="checkbox"/> نمونه مغز استخوان <input type="checkbox"/> بلوک پارافینه / شماره بلوک
محل نمونه گیری <input type="checkbox"/> آزمایشگاه پیوند	<input type="checkbox"/> بلوک پارافینه / شماره بلوک
..... <input type="checkbox"/> ارسالی از

نام تست درخواستی (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)

<input type="checkbox"/> <i>FLT3</i>	<input type="checkbox"/> <i>JAK2 (EX12)</i>	<input type="checkbox"/> <i>IGHV</i>	<input type="checkbox"/> <i>HFE</i>
<input type="checkbox"/> <i>NPM1</i>	<input type="checkbox"/> <i>WT1</i>	<input type="checkbox"/> <i>TP53</i>	<input type="checkbox"/> <i>GIST panel</i>
<input type="checkbox"/> <i>CEBPA</i>	<input type="checkbox"/> <i>RUNXI</i>	<input type="checkbox"/> <i>VHL</i>	<input type="checkbox"/> <i>MSI</i>
<input type="checkbox"/> <i>ABL kinase</i>	<input type="checkbox"/> <i>Others</i>		

سوابق مصرف دارو / انجام تست ژنتیکی (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)

سابقه تزریق خون / فراورده خون	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
سابقه مصرف دارو	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
در صورت داشتن تغییر در نوع دارو، به ترتیب نام برده شود:	
۱) نام دارو اول:	
۲) نام دارو دوم:	
سابقه انجام تست های ژنتیکی	<input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد

یافته های پاراکلینیکی (نتایج آزمایش خون، پاتولوژی، سونوگرافی، رادیوگرافی) حتماً ضمیمه شود.

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده / امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی پذیرش کننده: