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

NACI ISO 15189 ACCREDITATION — IFCC International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine — BRS ISO 9001 — UAF United Accreditation Foundation

«فرم پذیرش نمونه برای تست FISH»

اطلاعات فردی (این قسمت توسط مراجعه کننده تکمیل می‌شود)	
نام و نام خانوادگی بیمار (فارسی)	تلفن همراه .....
نام و نام خانوادگی بیمار (لاتین).....	تلفن ثابت .....
.....	آدرس.....
کدملی	.....
تاریخ تولد	

اطلاعات نمونه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)	
☐ نمونه خون ◯ EDTA ◯ هپارینه	تاریخ/ ساعت نمونه گیری .....
☐ نمونه مغز استخوان ◯ EDTA ◯ هپارینه	نام پزشک درخواست کننده .....
☐ بلوک پارافینه	محل نمونه‌گیری ☐ آزمایشگاه پیوند
☐ مایعات بدن	☐ ارسالی از .....

علت انجام تست (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)
علائم بالینی بیماری / تاریخ شروع/پیشرفت .....
.....
.....

سوابق مصرف دارو/ انجام تست ژنتیکی (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)			
سابقه تزریق خون/ فراورده خون	☐ بلی	☐ خیر	تاریخ تزریق .....
سابقه مصرف دارو	☐ بلی	☐ خیر	شروع مصرف دارو .....
نام دارو			مقدار/ مدت زمان مصرف: .....
سابقه انجام FISH	☐ دارد	☐ ندارد	
تست های تخصصی همزمان:	☐ پاتولوژی	☐ فلوسایتومتری	☐ مولکولی ☐ کاریوتیپ

یافته‌های پاراکلینیکی (نتایج آزمایش خون، پاتولوژی، سونوگرافی، رادیوگرافی) حتما ضمیمه شود.

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

نام بیمار:	تاریخ پذیرش:

«رضایت‌نامه جهت تست FISH»

اینجانب ..... مندرجات و محدودیت‌های آزمایش را مطالعه نمودم و آگاهانه موافقت خود را جهت انجام آزمایش اعلام می دارم. محدودیت های این آزمایش و مشکلات احتمالی از قبیل امکان نیاز به تکرار نمونه گیری و امکان عدم جوابدهی برای اینجانب کاملا" توضیح داده شده و تفهیم گردیده است و من از فرصت کامل برای پرسش هر گونه سوال و یا بیان هرگونه نگرانی بهره مند شده‌ام. سوالات و نگرانی های من به صورت کامل پاسخ داده شده است. من مطلع هستم که می توانم سوالات بیشتری بپرسم و سوالات من تا حد امکان پاسخ داده می شود.

بدیهی است اطلاعات ارایه شده به آزمایشگاه و جواب آزمایش اینجانب محرمانه است و فقط در صورت ارائه کارت شناسایی معتبر همراه با رسید تحویل داده خواهد شد.

نام و نام خانوادگی پذیرش‌کننده: نام و نام خانوادگی مراجعه‌کننده/ امضاء و اثر انگشت:

تشخیص پزشکی پیوند