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

# «فرم پذیرش تست SDFA»

| اطلاعات فردی | |
|---|---|
| نام و نام خانوادگی بیمار (فارسی) ..... | تلفن همراه ..... |
| نام و نام خانوادگی بیمار (لاتین)..... | تلفن ثابت ..... |
| ..... | آدرس..... |
| کدملی ..... | ..... |
| تاریخ تولد ..... | |

| اطلاعات نمونه |
|---|
| تاریخ/ ساعت نمونه گیری ..... |
| نام پزشک درخواست کننده ..... |

**لطفاً به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید**

۱- آیا همسر شما تا کنون سابقهٔ بارداری داشته اند؟

۲- طول مدت ناباروری را ذکر بفرمایید. (مدتی که از روش های جلوگیری از بارداری استفاده نکرده اید.)

۳- آیا تا کنون سابقهٔ جراحی بیضه داشته اید؟ (با ذکر نوع جراحی)

۴- آیا سابقهٔ ضربه به بیضه داشته اید؟

۵- آیا سابقهٔ بیماری خاصی در کودکی داشته اید؟

۶- آیا در حال حاضر مبتلا به بیماری سیستمیک خاصی (نظیر دیابت یا بیماری قلبی) هستید؟

۷- آیا سابقهٔ عفونت در سیستم تناسلی داشته اید؟

۸- آیا در طی مراحل مختلف بلوغ مشکلی داشته اید؟ ذکر بفرمائید.

۹- آیا در خانواده سابقهٔ ناباروری، سقط یا مرده زایی داشته اید؟ ذکر بفرمائید.

۱۰- تعداد خواهران و برادران خود را ذکر بفرمائید.

۱۱- در صورت انجام آنالیز مایع منی لطفاً کپی آنرا ارائه فرمایید.

۱۲- در صورت انجام کاریوتایپ (شمارش کروموزومی) لطفاً کپی آنرا ارائه بفرمائید.

- **تست روی نمونه تازه انجام می‌شود لذا نمونه گیری باید همان روز و به صورت تازه قبل از ساعت ۱۵ به بخش مربوطه تحویل داده شود.**
- **آزمایش آنالیز مایع منی به همراه این تست الزامی است.**

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