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 کاریوتیپ خون محیطی و مغزاستخوان»

اطلاعات فردی (این قسمت توسط مراجعه کننده تکمیل می‌شود)

نام و نام خانوادگی بیمار (فارسی) .....

نام و نام خانوادگی بیمار (لاتین).....

.....

کدملی .....

تاریخ تولد .....

تلفن همراه .....

تلفن ثابت .....

آدرس.....

.....

اطلاعات نمونه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)

☐ نمونه خون ◯ سدیم هپارین

☐ نمونه مغز استخوان ◯ لوله اختصاصی مغز استخوان

توضیحات: .....

.....

تاریخ/ ساعت نمونه گیری .....

نام پزشک درخواست کننده .....

محل نمونه‌گیری ☐ آزمایشگاه پیوند

☐ ارسالی از .....

علت انجام تست (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)

علائم بالینی بیماری و 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 کاریوتیپ ☐ دارد ☐ ندارد

تست های تخصصی همزمان: ☐ پاتولوژی ☐ فلوسایتومتری ☐مولکولی ☐ FISH

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 بررسی کاریوتیپ خون محیطی و مغز استخوان»

اینجانب ..... مندرجات و محدودیت های 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.

محدودیت‌های آزمایش:

۱) آزمایش کاریوتایپ (کشت کروموزومی) تنها بیماری‌های کروموزومی و ناقلین بیماری‌های کروموزومی را مشخص می‌کند و به هیچ عنوان تمام بیماری‌های ژنتیکی را تشخیص نخواهد داد. در بعضی مواقع نیز، نقص‌های ساختاری بسیار کوچک کروموزومی با کاریوتیپ تشخیص داده نمی‌شود.

۲) اگر کشت سلولی میسر نگردد امکان بررسی کروموزومی منتفی می شود. در این صورت فقط هزینه پذیرش نمونه و کشت سلولی دریافت می گردد و وجه مربوط به بررسی کروموزومی به شما مسترد می شود.

۳) چنانچه به هر دلیلی پس از انجام آزمایشات از دریافت جواب استنکاف شود با توجه به آنکه بلافاصله پس از دریافت نمونه مراحل مختلف کار بر روی آن انجام گرفته است، وجه آزمایش مسترد نخواهد شد. لازم به توضیح است در خصوص برخی نمونه ها مشکلات مطروحه به وجود می آید که تهیه کاریوتایپ از آن مقدور نیست.

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

رتیک پزشکی پیوند