



فرم الزامات پذیرش تست Hemophilia A برای Inversion 22 و Sequencing

عنوان سند :

نام و نام خانوادگی: جنسیت: مرد زن تاریخ تولد:

کد ملی (الزامی می باشد): قومیت: محل تولد: تاریخ ازدواج:

نام همسر: نسبت فامیلی زوجین: نسبت فامیلی والدین: تعداد برادر: تعداد خواهر:

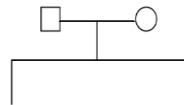
محل تولد پدر بزرگ/ مادر بزرگ پدری: / محل تولد پدر بزرگ/ مادر بزرگ مادری: /

بارداری: تک قلو دوقلو لطفا دو جفت و یا تک جفت بودن و ساک بارداری را مشخص فرمایید.....
(کپی سونوگرافی ارسال شود.)
تاریخ انجام سونوگرافی: هفته بارداری: D.....W.....
در صورت ارسال نمونه جنین ارسال کپی سونوگرافی هنگام نمونه گیری از جنین الزامی می باشد: D.....W.....

درصد فاکتور انعقادی: نوع فاکتور انعقادی: اولین سن دریافت فاکتور.....
تعداد دفعات فاکتور:

۱- رسم شجره خانواده الزامی است: لطفا با خودکار و داخل کادر رسم بفرمایید. فرد یا افرادی که نمونه آن ارسال شده است را با فلش، نام و علائم زیر تعیین وضعیت نمایید.

Pedigree



- index patient
- not affected
- affected
- known carrier
- deceased
- unrelated parents
- consanguine parents
- unborn child
- abortion, stillborn child
- person of unknown sex
- identical twins (monozygous)
- fraternal twins (dizygous)

۲- کارت هموفیلی: دارد ندارد

۳- اخذ خون مادر برای تست Hemophilia A- Inversion 22

۴- جواب تست PT , PTT برای فاکتور های انعقادی
*توضیحات تکمیلی:

مهر مرکز ارسال کننده:

