

عنوان مدرک : فرم اطلاعات و رضایت نامه بیمار جهت انجام تست های سیتوژنتیک		آزمایشگاه رازی تشخیصی طبی، آسیب شناسی و ژنتیک	کد مدرک : RPL-GEN-FO-01-00
		تاریخ ویرایش : ۱۴۰۲/۴/۲۹	صفحه ۱ از ۱

شماره پذیرش:

نام و نام خانوادگی:	جنسیت:
قومیت:	تاریخ تولد:
نام پزشک درخواست کننده:	آزمایش درخواستی:
داروهای مصرفی:	
نام و نام خانوادگی مادر در صورتیکه فرد بیمار کودک باشد.	

نسبت فامیلی زوجین:	نسبت فامیلی والدین:
تعداد خواهر و برادر بیمار:	
آیا سابقه بیماری های ارثی و عقب افتادگی ذهنی در خانواده وجود دارد؟	
در صورت وجود بیماری، نام بیماری و نسبت فرد مبتلا با بیمار:	
آیا سابقه دریافت خون در یک ماه اخیر داشته اند؟	
آیا سابقه پیوند عضو داشته اند ؟	

علت درخواست آزمایش و شرح حال مختصری از بیمار:

.....

.....

.....

.....

اینجانب رضایت کامل خود را
جهت بررسی نمونه خود / فرزند خود، از نظر اختلالات
کروموزومی اعلام می دارم.
اعلام می کنم که محدودیت ها و مشکلات احتمالی این
آزمایش از قبیل احتیاج به تکرار نمونه و عدم جوابدهی برای
اینجانب کاملا توضیح داده شده و مشخص است که اطلاعات
در رابطه با آزمایش محرمانه می باشد.

تاریخ:

امضا:

شجره :