

رازی

فرم اطلاعات و رضایت نامه بیمار جهت انجام تست های ژنتیک مولکولی

شماره پذیرش:

نام و نام خانوادگی:	جنسیت:
نام پزشک درخواست کننده:	تاریخ تولد:
داروهای مصرفی:	آزمایش درخواستی:

علت درخواست آزمایش و شرح حال مختصری از بیمار:

.....
.....
.....
.....

اینجانب رضایت کامل خود را جهت بررسی نمونه خود / فرزند خود از نظر جهش های ژنتیکی 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.

امضا:

تاریخ:

کد مدرک : ۳- ۶۷۹- ۳۱- چ