

رازی

فرم اطلاعات و رضایت نامه بیمار جهت انجام تست های سیتوژنتیک

شماره پذیرش:

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

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:	

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 :

.....

.....

.....

.....

کد مدرک : ۳-۶۷۸-۳۱-چ