

برنامه ژنتیک اجتماعی: فرم مراقبت زوجین در معرض خطر احتمالی

	نام مرکز مشاوره ژنتیک
	نام و نام خانوادگی پیگیری شونده زن /مرد
	کد ملی زن /مرد
	شماره دفتر اندکس الکترونیک
	محل سکونت
	شماره تلفن

۶	۵	۴	۳	۲	۱
مهرو امضاء مراقب سلامت ژنتیک	نتیجه پیگیری	اقدامات انجام شده	نوع پیگیری	تاریخ پیگیری	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶