

برنامه ژنتیک اجتماعی: فرم ارجاع تشخیص ژنتیک / PND

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:

پایگاه ویژه مشاوره ژنتیک: تلفن: ۱ / ۲ /

نشانی: نامبر:

نام بیماری مرتبط: علت ارجاع:

الف) مشخصات فردی ارجاع شونده

نام و نام خانوادگی	نسبت با سررخ	تاریخ تولد	سطح تحصیلات	محل تولد		دین	قومیت	قومیت		استان محل تولد والدین	
				شهر	استان			پدر	مادر	پدر	مادر

هر مورد از سوالات ذیل در صورت ارتباط با این مورد بررسی تکمیل شود:

سال ازدواج: نسبت خویشاوندی: تعداد فرزندان مبتلا به این بیماری: تعداد فرزندان سالم:

آیا خانم باردار است؟ خیر بلی سن بارداری به هفته: LMP : نوبت بارداری: نوبت PND:

نشانی محل سکونت: استان: شهرستان: شهر: روستا: خیابان:

کوچه: پلاک: شماره تلفن (۱) شماره تلفن (۲)

نوع بیمه: مشمول تسهیلات ویژه: خیر بلی درصد (مهر مرکز مشاوره ضرب گردد)

ب) نتایج بررسی پاراکلینیک و آزمایشگاهی اصلی غیر ژنتیک و نتایج آزمایشات ژنتیک مرتبط

نام و نام خانوادگی	نسبت با سررخ	آزمایشگاهی و نتایج آزمایشات ژنتیک	عنوان بررسی پاراکلینیک و آزمایشگاهی و نتایج آزمایشات ژنتیک	نتیجه

نام و نام خانوادگی و مهر پزشک مشاور ژنتیک ارجاع دهنده:

تاریخ ارجاع: / /

تاریخ اعلام نتایج نهایی: / / ۱۳

تاریخ پذیرش: / / ۱۳

شماره پرونده : نوع نمونه و تاریخ نمونه گیری:

نتایج بررسی های پاراکلینیک، آزمایشگاهی غیر ژنتیک و ژنتیک

نتیجه نهایی بررسی	عنوان بررسی	نام و نام خانوادگی فرد بررسی شده

توصیه / نظریه پیشنهادی نهایی مسئول فنی:

مهر آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول فنی آزمایشگاه: