

نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: محل تولد: جنسیت:

نام و نام خانوادگی همسر: کد ملی: تاریخ تولد: محل تولد: جنسیت:

نسبت فامیلی والدین: نسبت فامیلی زوجین: تاریخ ازدواج:

پزشک ارجاع دهنده: مرکز ارجاع دهنده:

دارو یا داروهای مصرفی:

شماره همراه: شماره ثابت:

آدرس:

علت مراجعه:

☐ قبل از دواج ☐ قبل از بارداری

☐ سابقه بیماریهای ارثی معلولیت ذهنی در فامیل:

- نسبت فرد مبتلا با شخص مورد بررسی:

- توضیحات در مورد نوع بیماری ارثی و یا معلولیت ذهنی:

.....

☐ عقب ماندگی ذهنی ☐ معلولیت جسمی ☐ چهره غیرطبیعی

☐ تأخیر در تکلم ☐ دیگر علائم همراه

☐ ابهام جنسی:

☐ ناباروری:

☐ آزواسپرمی ☐ اولیگواسپرمی

☐ آمنوره اولیه ☐ آمنوره ثانویه ☐ تخمدانها

☐ علائم ثانویه جنسی: ☐ رشد پستانها ☐ تأخیر در صفات ثانویه جنسی

☐ سابقه سقط یا مرگ داخل رحمی به صورت خودبه خودی (در اینجا سقط به ختم بارداری به صورت خود به خود در سن کمتر از ۲۰ هفته و

مرگ داخل رحمی به مواردی با بیش از ۲۰ هفته اطلاق می گردد):

تعداد دفعات حاملگی: تعداد دفعات زایمان: تعداد سقط:

تعداد مرگ دخل رحمی: تعداد بچه های زنده: تعداد بچه های فوت شده:

☐ ادامه بررسی های ژنتیکی قبلی:

رضایت نامه:

صحت تمامی اطلاعات ارائه شده در این فرم را اینجانب تأیید می نمایم. از آنجائیکه ممکن است این اطلاعات بر روی نتایج نهایی آزمایش تأثیرگذار باشد، لذا آزمایشگاه مسئولیتی در قبال اطلاعات ناقص یا خلاف واقع ندارد. آگاهی دارم هر آزمایشی دارای خطای مثبت و منفی کاذب استاندارد می باشد و هیچ آزمایشی قطعیت صددرصد ندارد. آگاهی دارم که مدت زمان اعلام شده انجام آزمایش تقریبی می باشد و گاهی با توجه به پیچیدگی آزمایشات ژنتیک، این زمان افزایش می یابد.

بدین وسیله با آگاهی کامل رضایت خود و برائت آزمایشگاه را نسبت به انجام کاربوتایپ بر روی نمونه خون محیطی در خودم / فرزندم / همسرم اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء و اثر انگشت: