

## فرم اطلاعات تست مولکولی

نام: ..... نام خانوادگی: ..... محل تولد: .....  
تاریخ تولد: ..... سن: ..... کدملی: ..... نام پزشک معالج: .....  
نسبت فامیلی زوجین: ..... نسبت فامیلی والدین: ..... نوع و تعداد نمونه: .....  
آدرس: ..... شماره تلفن: .....  
تاریخ نمونه‌گیری: (روز / ماه / سال ۱۳) ساعت نمونه‌گیری: (دقیقه / ساعت)

• علت مراجعه:

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

• یافته‌های پاراکلینیک:

سونوگرافی: .....

پاتولوژی: .....

بررسی‌های دیگر نظیر کلونوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی، X-Ray: .....

اینجانب ..... رضایت کامل خود را در مورد بررسی وجود جهش‌های ژنتیکی بر روی نمونه خود/فرزند خود اعلام می‌دارم.

اعلام می‌کنم که محدودیت‌های این آزمایش و مشکلات احتمالی از قبیل امکان نیاز به تکرار نمونه‌گیری و امکان عدم جوابدهی برای اینجانب کاملاً توضیح داده شده و تفهیم گردیده است. بدیهی است اطلاعات ارائه شده به آزمایشگاه و جواب آزمایش اینجانب/فرزندم محرمانه می‌باشد و فقط به خانواده و پزشک معالج ارائه می‌گردد.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ: (روز / ماه / سال ۱۳)

نام و نام خانوادگی:

• شجره نامه: (فرد نمونه‌دهنده با فلش و افراد مبتلا با ● یا ■ مشخص شود)

