

فرم ارسال و بررسی اختلالات کروموزومی

مشخصات مرکز/پزشک ارسال کننده نمونه			
فرستنده:		کد:	تلفن:
استان:		شهر:	شماره پرونده:
پزشک درخواست کننده (و نظام پزشکی):		آزمایش درخواستی:	
مشخصات نمونه			
نام و نام خانوادگی:		جنسیت:	
تاریخ تولد:		محل تولد:	
		نسبت فامیلی والدین:	
علت مراجعه			
<input type="checkbox"/> قصد ازدواج فامیلی		<input type="checkbox"/> قصد ازدواج غیر فامیلی	
<input type="checkbox"/> قصد بارداری		<input type="checkbox"/> جهت انجام چک آپ	
<input type="checkbox"/> سابقه بیماری های ارثی و عقب افتادگی ذهنی در فامیل:			
- توضیحات: نسبت فرد مبتلا در فامیل به بیمار:			
- توضیحات در مورد نوع بیماری ارثی و یا عقب افتادگی ذهنی:			
<input type="checkbox"/> عقب افتادگی ذهنی:			
- وجود افراد مشابه در فامیل:			
- وجود علائم همراه:			
- چهره غیر طبیعی Dysmorphic:			
<input type="checkbox"/> شک به ایکس شکننده:		<input type="checkbox"/> عقب افتادگی ذهنی:	
<input type="checkbox"/> اتیسم:		<input type="checkbox"/> تاخیر در صحبت کردن:	
<input type="checkbox"/> گوش های برآمده		<input type="checkbox"/> سابقه عقب افتادگی جسمی	
<input type="checkbox"/> کم توجهی:		<input type="checkbox"/> سابقه عقب افتادگی جسمی	
<input type="checkbox"/> سایر علل دیسمورفیک (لطفا توضیح دهید)			

□ ابهام جنسی				
توضیحات دستگاه تناسلی خارجی:				
جواب سونوگرافی:				
سابقه گنادتومی و جواب پاتولوژی:				
□ سابقه نازایی و ناباروری				
□ IVF Failur	□ سابقه عمل جراحی	□ الیگواسپرمی	□ آزواسپرمی	□ نازایی
	□ علائم ثانویه جنسی	□ رشد سینه	□ تخمدانها	□ آمنوره اولیه
	□ (گناد تومی)، سابقه فتق	□ سابقه عمل جراحی در خانم		□ آمنوره ثانویه
□ تاخیر در صفات ثانویه جنسی:				
□ سابقه سقط، مرگ داخل رحم، مرگ فرزند در بارداریها (سقط به مواردی اطلاق می شود که کمتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد. مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق میشود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد.)				
تعداد دفعات حاملگی	تعداد دفعات زایمان	تعداد سقط	تعداد مرگ داخل رحم	بچه های فوت شده
□ آنمی فانکونی:	قد:	وضعیت شست ها:	تیرگی پوست:	مشکلات کلیوی:
□ آنمی	□ بای سایتویی	□ پان سایتویی		