

کد مدرک:
401-8

تست HLA-PCR

پاتوبیولوژی
و ژنتیک
تأسیس: ۱۳۴۶

آزمایشگاه
مدیکال



مشخصات فردی

نام: _____ نام خانوادگی: _____
جنسیت: زن ☐ مرد ☐ کدملی: _____
تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
ملیت: _____ شهر محل تولد: _____
آدرس: _____ شماره تماس: _____

مشخصات آزمایشگاه

نام آزمایشگاه ارسال کننده: _____
تاریخ نمونه گیری: _____
محل تولد پدر: _____
علت انجام آزمایش: _____
تاریخ ارسال نمونه: _____
محل تولد مادر: _____

نوع نمونه ارسالی

PB ☐ CB ☐ Saliva ☐ Other ☐

علت درخواست تست:

تاریخچه:

1. آیا در حال حاضر به بیماری خاصی مبتلا هستید؟ بله ☐ خیر ☐
نام و مشخصات بیماری: _____
2. در 6 ماه اخیر خون یا فرآورده‌های خونی دریافت کرده‌اید؟ خیر ☐ بله ☐ (تاریخ تزریق: _____ / _____ / _____)
3. آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ خیر ☐ بله ☐
نام دارو و میزان مصرف: _____
4. آیا کاندید پیوند هستید؟ خیر ☐ بله ☐
نوع پیوند: _____

مهر آزمایشگاه ارسال کننده نمونه