

## پرسشنامه تست Whole Exome Sequencing (WES)

اطلاعات بیمار			
نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	تاریخ مراجعه:
جنسیت:	محل تولد:	سن:	نام پزشک:
کد ملی:	موبایل:	آدرس:	

علت مراجعه / اطلاعات بالینی	
تشخیص بالینی:	علت مراجعه:
تاریخچه خانوادگی مثبت: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	لطفاً در صورت وجود تاریخچه خانوادگی توضیح دهید:
.....	
.....	

لطفاً موارد زیر را در مورد بیمار تکمیل بفرمایید.			
کم توانی / ناتوانی ذهنی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات قلبی-عروقی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مشکلات یادگیری	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات پوستی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اضطراب	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات تنفسی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاخیر رشدی قبل / بعد تولد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اختلالات توجه / تمرکز	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات کبدی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مشکلات شناختی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
وسواس فکری	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ناهنجاری های اسکلتی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیش فعالی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آتاکسی / اختلال در تعادل	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اوتیسم	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	قوز	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بدگمانی / سوء ظن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	فلج عضلانی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
چهره دیسمورفیک / غیر طبیعی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ضعف عضلانی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نقص ایمنی و عفونت های مکرر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آتروفی / تحلیل عضلانی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اختلالات گفتاری	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	هیپوتونی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
لکنت زبان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بی حسی دست و پا	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
کم بینایی / نابینایی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	کچلی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مشکلات بینایی (آب مروارید و ...)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	پرمویی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
کم شنوایی / ناشنوایی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	کم کاری تیروئید	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
حرکات تکراری اندام ها	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	پرکاری تیروئید	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تشنج / صرع	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ناهنجاری های ادراری-تناسلی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
غش	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ابهام تناسلی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
قد کوتاه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات در رشد دندان ها	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بزرگی بیش از حد استخوان ها و اندام ها	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اندازه دور سر کوچک	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
دیابت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اندازه دور سر بزرگ	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شکاف لب	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشکلات فشار خون	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شکاف کام	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سرطان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

لطفاً علائم دیگر را ذکر بفرمایید.....	
.....	
آزمایشات ژنتیک قبلی:	آزمایشات غیر ژنتیک قبلی:
لطفاً تمامی آزمایشات ژنتیک و غیر ژنتیک و نتایج تصویربرداری های مرتبط با بیماری را به آزمایشگاه ارائه دهید.	