

کد مدرک:
401-12

فرم پذیرش خدمات بخش
مولکولی

پاتوبیولوژی
و ژنتیک
تأسیس: ۱۳۴۶

آزمایشگاه
مدیکال



نام: نام خانوادگی:

پزشک درخواست کننده (به همراه شماره نظام پزشکی):

کدملی (الزامی است): شماره پذیرش: جنسیت: مرد زن

گروه خونی: تاریخ تولد: / / محل تولد:

آزمایش درخواستی:

سن بارداری (برحسب سونوگرافی): هفته و روز

نسبت فامیلی والدین: تاریخ نمونه گیری: / /

نسبت فامیلی زوجین: تاریخ ازدواج: / /

WBC:	RBC:	HB:	MCH:
MCHC:	MCV:	PLATELETS:	FERRITIN:

علت مراجعه:

لطفاً در صورت انجام آزمایش ژنتیکی یا آزمایشهای پاراکلینیک مرتبط در شخص و یا افراد مبتلا (مرتبط) آن را ضمیمه کنید.

اینجانب فرزند با کد ملی

رضایت کامل خود را جهت انجام تستهای ژنتیکی بر روی نمونه خود یا فرزند خود توسط آزمایشگاه مدیکال را اعلام می‌دارم.

تاریخ:

امضا: