

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| تاریخ : --- / --- / --- | شماره پذیرش : ارسالی از : | نام بیمار : سن بیمار : | نوع نمونه : |
| تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه نور : --- / --- / --- ساعت : --- : --- | تاریخ و ساعت خونگیری در آزمایشگاه ارسالی : * (برای ترانسلوکاسیون ها الزامی می باشد) --- / --- / --- ساعت : --- : --- | | تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه ارسالی : --- / --- / --- ساعت : --- : --- |

علت درخواست آزمایش :

سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخی) : / /

ترومبوز عروقی بیماری های قلب و عروق سقط جنین مقاومت دارویی به فنی توئین، تالبوتامید، لوزارتان، وارفارین
یا دیازپام سایر (ذکرشود)

آزمایش های مورد درخواست :

| | |
|--|---|
| <p>Chromosome translocation</p> <input type="checkbox"/> BCR/ABL (P210) t(9-22), CML <input type="checkbox"/> BCR/ABL (P190) t(9-22), ALL <input type="checkbox"/> PML/RAR t(15-17), AML-3 <input type="checkbox"/> AML1/ETO t(8-21), AML-2 <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11 inv(16), AML-4 EO <input type="checkbox"/> Jak2 PCR <input type="checkbox"/> TPMT | <p>Gene mutation</p> <input type="checkbox"/> Factor V leiden mutation <input type="checkbox"/> Factor II GA20210 mutation <input type="checkbox"/> MTHFR A1298C mutation <input type="checkbox"/> MTHFR C677C mutation <input type="checkbox"/> PAI mutation <input type="checkbox"/> Cytochrome P450 mutation(Drug resistance) <input type="checkbox"/> Factor VII <input type="checkbox"/> Factor XIII <input type="checkbox"/> β-Fib |
|--|---|

سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی (تاریخ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکرشود):

مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود): / /

نوع نمونه مورد نیاز : خون تام روی EDTA
حجم نمونه مورد نیاز ۵ تا ۷ میلی لیتر می باشد.
شرایط نگهداری : ترانسلوکاسیون ها کمتر از ۱ روز در دمای یخچال (۲-۸ درجه) و موتاسیون ژن های انعقادی و دارویی ۳ روز در دمای محیط و ۷ روز در دمای یخچال (۲-۸ درجه) پایدار است.
نقل و انتقال : در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد.