

فرم درخواست خدمات تعیین توالی نسل جدید (NGS)

مشخصات مرکز/آزمایشگاه/دکتر درخواست کننده			
نام مرکز/دکتر:		تلفن:	ایمیل (جهت ارسال نتایج):
آدرس:			
اطلاعات مربوط به نمونه			
نام و نام خانوادگی	تاریخ و محل تولد	جنسیت	نسبت فامیلی والدین
		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
وضعیت فرد/ خانواده			
نمونه مربوط به یک فرد: <input type="checkbox"/> علامت دار/ بیمار است <input type="checkbox"/> بدون علامت است		سابقه بیماری در خانواده/ شجره: <input type="checkbox"/> وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد	
نام بیماری:			
خلاصه شرح حال / علائم بالینی / نوع ازدواج / سابقه خانوادگی / ترسیم شجره نامه (علایم رسم شجره نامه مرد: مربع / زن: دایره)			
اطلاعات تست درخواستی			
بر اساس بیماری:		بر اساس ژن/ژنهای هدف:	

تائید متخصص / مشاور درخواست کننده: اینجانب تایید مینمایم که محدودیت ها، مزایا، و ریسک احتمالی سرویس درخواستی فوق، توسط اینجانب و یا سایر همکاران متخصص واجد شرایط این مرکز، برای صاحب/صاحبان قانونی نمونه/ نمونه های ارسالی بطورکامل تشریح شده است. بدنبال مشاوره فوق، از صاحب/صاحبان قانونی نمونه/نمونه های ارسالی، رضایت آگاهانه و کامل جهت ارسال نمونه ها و انجام بررسی فوق اخذ شده است .

نام و نام خانوادگی: _____ مهر و امضاء: _____ تاریخ: _____