**پرسشنامه آزمایش های تشخیصی سرطان– ژن ها انعقادی و مقاومت دارویی P-20-F-12**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شماره پذیرش :  ارسالی از : | نام بیمار :  سن بیمار : | نوع بیمه : |
| تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه  پویش : ساعت : | تاریخ و ساعت خونگیری در آزمایشگاه  ارسالی : ساعت : | تاریخ و ساعت ارسالی 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 ، دیازپام یا سایر : | | |
| آزمایش های مورد درخواست : | | |
| سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی (تاریخ ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود) :  مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان ذکر شود) : | | |
| نوع نمونه مورد نیاز : خون تام روی EDTA  حداقل حجم نمونه موردنیاز 5 میلی متر می باشد .  شرایط نگهداری : ترانسلوکاسیون 1 روز در دمای محیط (15 تا 25 درجه) و موتاسیون ژن ها انعقادی و دارویی 3 روز دمای محیط و 7 روز دمای یخچال (2 تا 8 درجه) پایدار است .  نقل و انتقال : در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد . | | |

دستورالعمل ثبت ترانسلوکاسیون ، موتاسیون ژن های انعقادی و مقاومت دارویی

نام بیمار ، سن و تاریخ پذیرش نوشته شود .

ارسالی از : نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود .

علائمی را که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده ، در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر شود .

تاریخ و ساعت خونگیری و نیز تاریخ و ساعت ارسال ، بطور جداگانه در محل مشخص شده نوشته شود .

ثبت ابتلا به هر کدام از بیماری های ذکرشده و در ضمن ، نحوه ابتلا و تاریخ ابتلا را قید کنید .

در صورت ابتلا به هر کدام از بیماری های ذکرشده قید کنید در ضمن نحوه ابتلا و تاریخ آن را نیز ذکر کنید .

سابقه مصرف دارو ، نام داروهای مصرفی ذکر شود .

دقیقاً نوع آزمایش مورد درخواست را علامت بزنید .

سابقه مصرف دارو و نام آنها ذکر شود .

در صورت مصرف هپارین ، ثبت تاریخ و مدت زمان مصرف الزامی است .