**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 جنینمقاومت 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 EDTAحداقل 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 .