

پرسشنامه آزمایش های Translocation – ژن های انعقادی و مقاومت دارویی

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 مقاومت دارویی به فنی توئین، تالبوتامید، لوزارتان، وارفارین، دیازپام یا سایر:		
آزمایش های مورد درخواست:		
Chtromosome translocation BCR/ABL (P210)T(9-22), CML BCR/ABL (P190)T(9-22), ALL PML/RAR t(15-17), AML-3 AML/ETO t(8-21), AML-2 CBFβ/MYH INV(16). AML-4 EO Jack2 PCR		Gene mutation Factor V leiden mutation Factor II GA20210 mutation MTHDE A1298C mutation PAL mutation Cytochrome P450 mutation(Drugresistance)
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 مورد نیاز ۵ میلی لیتر می باشد. شرایط نگهداری: ترانسلوکاسیون ۱ روز در دمای محیط (۱۵ تا ۲۵ درجه) و موتاسیون ژن ها انعقادی و دارویی ۳ روز دمای محیط و ۷ روز دمای یخچال (۲ تا ۸ 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 ذکر شده و در ضمن، نحوه ابتلا و تاریخ ابتلا را قید کنید.
 در صورت ابتلا به هر کدام از بیماری های ذکر شده 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.