

شماره پذیرش:

فرم پذیرش و رضایتنامه سیتوژنتیک

تاریخ:

نام پزشک معرف:

علت اصلی مراجعه :

مشخصات خانم:

نام و نام خانوادگی :

سن :

قومیت:

تحصیلات :

شغل:

آدرس :

شماره تلفن:

نسبت والدین :

تعداد برادر :

تعداد خواهر :

تعداد خواهر یا برادرهای فوت شده و علت فوت :

وضعیت سلامت والدین و سایر اعضای خانواده :

آیا بیماری خاصی در فامیل وجود دارد :

مشخصات آقا:

نام و نام خانوادگی :

سن :

قومیت:

تحصیلات :

شغل:

آدرس :

شماره تلفن:

نسبت والدین :

تعداد برادر :

تعداد خواهر :

تعداد خواهر یا برادرهای فوت شده و علت فوت :

وضعیت سلامت والدین و سایر اعضای خانواده :

آیا بیماری خاصی در فامیل وجود دارد :

وضعیت سلامت فرزندان در صورتی که زوجین بچه دار می باشند :

نسبت زوجین : ☐ خاله زاده ☐ عمو زاده ☐ دختر دایی پسر عمه ☐ پسر دایی دختر عمه ☐ غیر خویشاوند

نسبت های دورتر ذکر شود:

در صورت بارداری هفته بارداری :

رضایتنامه:

اینجانب رضایت دارم که بررسی ژنتیکی، جمع آوری و انتقال اطلاعات، استفاده از آن ها، ذخیره سازی و استفاده از نمونه در بررسی های بیشتر صرفاً جهت مقاصد تشخیصی، درمانی و پژوهشی در آینده بدون ذکر نام و مشخصات فردی بلا مانع است.

امضا: