|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی:** | **نام پدر:** | | | **نام پزشک معالج:** |
| **تاریخ تولد:** | | **تاریخ دریافت نمونه خون:** | | |
| **وزن نوزاد هنگام تولد:** | | **نسبت خانوادگی والدین:** | | |
| **سن نوزاد هنگام تولد:** | | **سن بیمار هنگام دریافت نمونه خون:** | | |
| **آیا بیمار از داروی خاصی استفاده می کند؟** | | | | |
| **آیا بیمار سابقه دریافت خون دارد؟** | | | | |
| **آیا سابقه مرگ زودرس یا کودک عقب مانده در خانواده وجود دارد؟** | | | | |
| **آیا بیمار علایم خاصی دارد؟** | | | | |
| **علت مراجعه به پزشک چه بوده است؟** | | | | |
| **شهر محل تولد:** | | | **شماره موبایل:** | |
| **آدرس منزل:** | | | **شماره ثابت به همراه کد شهرستان:** | |
| **والدین گرامی: در صورت نیاز آزمایش با نمونه جدید تکرار خواهد شد**. **امضاء:** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شماره ردیف:** | **شماره پذیرش:** | **مبدا نمونه:** |
| **تاریخ دریافت نمونه:** | **تاریخ ارسال نمونه:** | **تاریخ دریافت نتیجه:** |
| **نتیجه آزمایش:** |  |  |