|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ: ......./......./.......** | **شماره پذیرش:**  **ارسالی از:** | **نام بیمار:**  **سن بیمار:** | **نوع نمونه:** |
| **تاریخ و ساعت خونگیری در آزمایشگاه ارسالی:**  **(برای ترانسلوکاسیون ها الزامی می باشد)**  **..... / ..... / ..... ساعت ...... / ......** | | **تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه حکیم:**  **ساعت : .... : ..... ..... / ..... / .....** | |

|  |
| --- |
| **علت درخواست آزمایش:** |
| **سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخ ): ..... / ..... / .....**  **ترومبوز عروقی □ بیماری های قلب و عروق □ سقط جنین □ مقاومت دارویی به فنی توئین ، تالبوتامید ، لوزارتان ، وارفارین یا دیازپام □**  **سایر (ذکر شود)** |

|  |
| --- |
| **آزمایش های مورد درخواست:**  Chromosome translocation Gene mutation  □BCR/ABL (P210) t(9-22) , CML □ Factor V leiden mutation  □BCR/ABL (P190) t(9-22) , ALL □Factor ll GA20210 mutation  □PML/RAR t(15-17) , AML-3 □MTHFR A 1298C mutation  □AML 1 /ETO t(8-21) , AML – 2 □MTHFR C677C mutation  □CBFB/MYH11 inv (16) , AML – 4 EO □PAI mutation  □JAK2 PCR □ Cytochrome P450 mutation (Drug resistance)  □TPMT □Factor VII  □Factor XIII  □β-Fib |

|  |
| --- |
| **سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی ( تاریخ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود ):**  **مصرف هپارین ( تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود): ..... / ..... / ......** |

|  |
| --- |
| **نوع نمونه مورد نیاز: خون تام روی EDTA**  **حجم نمونه مورد نیاز 5 تا 7 میلی لیتر می­باشد.**  **شرایط نگهداری: ترانسلوکاسیون ها کمتر از 1 روز در دمای یخچال ( 2- 8 درجه ) و موتاسیون ژن های انعقادی و دارویی 3 روز در دمای نقل و انتقال: در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد.** |