|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** |  |  |