

اطلاعات آزمایشگاه و پزشک درخواست کننده آزمایش			
نام پزشک:	نام خانوادگی پزشک:	ایمیل آزمایشگاه:	
نام آزمایشگاه و آدرس:	تلفن آزمایشگاه:	شماره فکس آزمایشگاه:	
اطلاعات نمونه			
نوع نمونه:	تاریخ نمونه گیری:	بارکد نمونه:	جنسیت:
<input type="radio"/> خون <input type="radio"/> DNA استخراج شده $\mu\text{g/mL}$		<input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن	ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> سایر:
اطلاعات بیمار			
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	تاریخ تولد:	
بیمار پیوند مغز استخوان انجام داده است؟		آزمایش ژنتیک قبلی / نتیجه:	
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
انواع آزمایش myExome			
عمق خوانش مورد نظر:	نوع آنالیز مورد درخواست:		
<input type="checkbox"/> 100x <input type="checkbox"/> 200x	<input type="checkbox"/> دیتای خام بدون هیچ گونه آنالیز داده ها <input type="checkbox"/> ارائه BAM و VCF فایل ها <input type="checkbox"/> آنالیز کامل ساژن	<input type="checkbox"/> فقط شخص بیمار <input type="checkbox"/> بیمار به همراه پدر و مادر <input type="checkbox"/> بیمار به همراه یک شخص دیگر خانواده <input type="checkbox"/> بیمار به همراه سه نفر دیگر از اعضای خانواده	
مشخصات بالینی			
<input type="checkbox"/> Amyotrophic Lateral Sclerosis <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Autoimmune Disorders <input type="checkbox"/> Bleeding/Thrombotic Disorders <input type="checkbox"/> Brain Malformation <input type="checkbox"/> Cancer Susceptibility <input type="checkbox"/> Cardiac Arrhythmia	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect <input type="checkbox"/> Connective Tissue Disorders <input type="checkbox"/> Craniofacial Abnormalities <input type="checkbox"/> Deafness <input type="checkbox"/> Developmental Delay <input type="checkbox"/> Diarrheal Disorders <input type="checkbox"/> Endocrine Disorders	<input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye Disorders, unspecified <input type="checkbox"/> Kidney Abnormalities <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Metabolic Disorders <input type="checkbox"/> Multiple Congenital Anomalies <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy <input type="checkbox"/> Neurologic Disorders, unspecified	<input type="checkbox"/> Primary Immunodeficiency <input type="checkbox"/> Retinal Disorders <input type="checkbox"/> Sexual Development Disorders <input type="checkbox"/> Skeletal Dysplasia <input type="checkbox"/> Skin Disorders <input type="checkbox"/> Sudden Infant Death <input type="checkbox"/> Sudden Unexplained Death <input type="checkbox"/> Vascular Abnormalities
سابقه خانوادگی:		مشخصات بالینی دیگر:	
<input type="checkbox"/> اختلالات مادرزادی <input type="checkbox"/> عقب افتادگی ذهنی <input type="checkbox"/> سقط های مکرر		_____	
سایر: _____		تشخیص های مورد نظر: _____	
<input type="checkbox"/> ارتباط فامیلی پدر و مادر/نسب پدر و مادر: _____		ژن های مورد نظر: _____	
آیا این نمونه برای مقایسه است؟	نام بیمار اصلی:	آیا این شخص هم بیماری مشابهی با بیمار اصلی دارد؟	رابطه فامیلی با بیمار اصلی:
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	تاریخ تولد بیمار اصلی:	<input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> یکی از اعضای خانواده:	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
رضایت بیمار			
بیمار رضایت خود را مبنی بر استفاده از باقی مانده نمونه خود که غیر قابل شناسایی است، به منظور تحقق اهداف کنترل کیفیت، تحقیقات علمی و همچنین توسعه روش های تشخیصی جدید اعلام می دارد.			
بیمار با گزارش مواردی که به طور اتفاقی یافت می شوند و دارای اهمیت بالینی می باشند موافقت می نماید.			
مهر و امضای آزمایشگاه ارسال کننده نمونه:		امضای بیمار:	
		تاریخ:	