

اطلاعات نمونه

محل چسباندن بارکد	تاریخ نمونه‌گیری:	<input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> بزاق
		<input type="checkbox"/> DNA استخراج شده _____ ng/ul

اطلاعات مراجعه کننده

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنسیت:	اطلاعات تماس:
---------------------	-------------	--------	---------------

اطلاعات بالینی

این آزمایش درخواست شده است تا سازگاری با دارو جهت درمان بیماری زیر یا داروهای زیر تایید شود (لطفا بیماری تشخیص داده شده و داروهای تجویز شده را لیست کنید):

رضایت آگاهانه

مراجعه کننده فرم رضایت‌نامه را خوانده و امضا کرده است.

امضای مراجعه کننده:	امضای پزشک یا آزمایشگاه:	تاریخ و مکان:
---------------------	--------------------------	---------------