

اطلاعات آزمایش		
نوع آزمایش <input type="radio"/> APC <input type="radio"/> MUTYH <input type="radio"/> TP53 <input type="radio"/> RET <input type="radio"/> CDH1		بارکد <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">لطفا بارکد را در این محل بچسبانید</div>
اطلاعات نمونه		
نوع نمونه <input type="radio"/> خون <input type="radio"/> DNA استخراج شده از خون _____ ng/ μ L	تاریخ نمونه گیری	
اطلاعات بیمار		
نام خانوادگی	نام	تاریخ تولد
نژاد <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> سایر (لطفا مشخص کنید) _____		جنسیت <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن
سابقه شخصی ابتلا به سرطان <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله	نوع سرطان و سن در زمان تشخیص (در صورتی که بیمار مبتلا به سرطان است)	
دریافت کننده سلول های بنیادی یا پیوند مغز استخوان <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله	سایر اطلاعات بالینی	
سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان		
<input type="checkbox"/> بیمار هیچ سابقه خانوادگی در خصوص ابتلا به سرطان ندارد. <input type="checkbox"/> لطفا اطلاعات تمامی بستگان مبتلا را توضیح دهید.		
نسبت خانوادگی	نوع سرطان (سن بیمار در زمان تشخیص)	آزمایش ژنتیک (نوع آزمایش و نتیجه)
اطلاعات پزشک درخواست کننده آزمایش		
نام خانوادگی	نام	آدرس
رضایت آگاهانه		
<p>من برای بیمار توضیحات لازم را ارائه داده ام و از او رضایت نامه آگاهانه گرفته ام. این رضایت نامه آگاهانه سازگار با منافع، خطرات و محدودیت های آزمایش و همچنین استفاده از اطلاعات بیمار که در فرم رضایت نامه آگاهانه این آزمایش در آزمایشگاه ژنتیک پزشکی ساژن ذکر شده و مطابق قانون است.</p>		
<p>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.</p>		
<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله		
محل امضای پزشک/آزمایشگاه	محل امضای بیمار	تاریخ