

RPL-GEN-FO-02-01 : کد مدرک		آزمایشگاه رازی	عنوان مدرک :
صفحه ۱ از ۱	تاریخ ویرایش : ۱۴۰۳/۳/۳۱	تشخیص طبی، آسیب شناسی و ژنتیک	فرم اطلاعات و رضایت نامه بیمار جهت انجام تست های ژنتیک مولکولی

شماره پذیرش:

نام و نام خانوادگی:	جنسیت:
نام پزشک درخواست کننده:	تاریخ تولد:
داروهای مصرفی:	آزمایش درخواستی:
آیا سابقه دریافت خون در ۱۵ روز اخیر داشته اند؟	

علت درخواست آزمایش و شرح حال مختصری از بیمار:

.....

.....

.....

.....

اینجانب رضایت کامل خود را جهت بررسی نمونه خود / فرزند خود از نظر جهش های ژنتیکی و نیز در صورت نیاز استفاده از آن جهت راه اندازی تست و یا کنترل اعلام می دارم.

اعلام می کنم که محدودیت ها و مشکلات احتمالی این آزمایش از قبیل احتیاج به تکرار نمونه و عدم جوابدهی برای اینجانب کاملا توضیح داده شده و مشخص است که اطلاعات در رابطه با آزمایش محرمانه می باشد.

تاریخ:

امضا: