

شماره فرم: F-MDP-25

ویرایش: A

تاریخ: ۹۶/۰۳/۰۱

پرسشنامه و رضایت نامه آزمایش های مولکولی اسپرم



آزمایشگاه مرکزی فردیس

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.

کد پذیرش:

تاریخ مراجعه:

"مشخصات بیمار"

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	سن:
نام پزشک:	شماره نظام پزشکی:	تخصص:
تاریخ نمونه گیری:	ساعت نمونه گیری:	

علت مراجعه:

تاریخ ازدواج:

چه مدت است برای بارداری اقدام نمونه اید؟

تست های انجام داده شده برای تشخیص میزان و کیفیت اسپرم انجام داده اید؟ (نتایج ضمیمه گردد)

تعداد اسپرم: مورفولوژی اسپرم: تحرک اسپرم:

تشخیص نهایی: اولیگو اسپرمی آستنو اسپرمی الیگو آستنو اسپرمی نرمال

آیا از روش های جلوگیری از بارداری استفاده نموده اید؟ نوع و مدت؟

آیا از روش های کمک باروری مانند IUI/IVF/ ICSA استفاده کرده اید؟ دفعات؟

آیا سابقه ناباروری در خانواده ثبت شده است؟

آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟

توضیحات دیگر:

رضایت نامه انجام تست:

اینجانب بیمار/ همراه بیمار موافقت خود را با انجام آزمایش ژنتیکی خواسته شده از سوی پزشک اعلام می دارم. به من اطلاع داده شده که ممکن است به هر دلیل (مناسب نبودن نمونه و ...) آزمایش نیاز به تکرار داشته باشد و منجر به تأخیر در جوابدهی شود یا نیاز به نمونه گیری مجدد داشته باشد؛ در این صورت تهیه نمونه مجدد به عهده اینجانب خواهد بود. در صورت عدم امکان جوابدهی نیمی از هزینه های دریافتی عودت داده خواهد شد.

تاریخ و امضاء: