



## آزمایش های Translocation – ژن های انعقادی و مقاومتی دارویی

تاریخ:	شماره پذیرش:	نام بیمار:	نوع بیمه:
تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه نوبل / / ساعت:	ارسالی از:	سن بیمار:	تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه / / ساعت:

علت درخواست آزمایش:

سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخی):	مقاومت دارویی به فنی تونین،
ترومبوز عروقی	سقط جنین
تالپوتامید، لوزارتان، وارفرین یا دیازپام	بیماری های قلب و عروق
	و سایر (ذکر شود)

آزمایش های مورد درخواست:

BCR.ABL (P210)T(9-22), CML  
BCR/ABL (P190)T(9-22), ALL  
PML/RAR t(15-17), AML-3  
AML/ETO t(8-21), AML-2  
Jack2 PCR

Factor V leiden mutation  
Factor II GB20210 mutation  
MTHFR A1298C mutation  
MTHFR C677C mutation  
PAI mutation

سابقه درمان و نتایج آزمایش های قبلی (تاریخ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود):

مصرف هیپارین (تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود):

نوع نمونه مورد نیاز: خون تام روی EDTA

**\*حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۸ میلی لیتر می باشد و کمتر از آن رد نمونه می شود\***

شرایط نگهداری: ترانسلوکاسیون ها 1 روز در دمای محیط (15-25 درجه) و موتاسیون ژن های انعقادی و دارویی 3 روز دمای محیط و 7 روز در دمای یخچال (2-8 درجه) پایدار است. نقل و انتقال: در دمای محیط یا یخچال صورت گیرد.

**دستورالعمل ثبت ترانسلوکاسیون، موتاسیون ژن های انعقادی و مقاومتی دارویی**

- نام بیمار، سن و تاریخ پذیرش نوشته شود.

- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود. (مانند نوبل اصفهان)

- تاریخ و ساعت خونگیری و نیز تاریخ و ساعت ارسال بطور جداگانه در محل مشخص شده نوشته شود.

- علائمی که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده را در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر شود.

- در صورت ابتلا به هر کدام از بیماری های ذکر شده قید کنید در ضمن نحوه ابتلا و تاریخ آن را نیز ذکر کنید.

- دقیقاً نوع آزمایش مورد درخواست را علامت بزنید.

- سابقه مصرف دارو، نام داروهای مصرفی ذکر شود.

- در صورت مصرف هیپارین، تاریخ و مدت زمان مصرف نوشته شود.