

检测申请单 (妇产科相关)



申请单号：000000000001

送检单位信息 (打*号为重要信息, **为必填信息)	
**单位名称: _____ *科室: _____ 送检医师: _____ 联系电话: _____	
受检者信息 (打*号为重要信息, **为必填信息)	
基本信息	**姓名: _____ **性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 *出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	门诊号/病历号/住院号: _____ 联系电话: _____
送检原因及既往病史信息	*送检原因: <input type="checkbox"/> 高龄产妇 <input type="checkbox"/> 不孕不育 <input type="checkbox"/> 习惯性流产 <input type="checkbox"/> 孕前检查 <input type="checkbox"/> 产前检查 原发性卵巢功能不全 <input type="checkbox"/> 卵巢早衰 <input type="checkbox"/> 绝经提前 (<40岁) <input type="checkbox"/> 其他 _____
	既往病史: <input type="checkbox"/> 无 有: <input type="checkbox"/> 染色体异常 <input type="checkbox"/> 单基因相关遗传病 <input type="checkbox"/> 性连锁遗传病 <input type="checkbox"/> 不良孕产史 <input type="checkbox"/> 胚胎停育 <input type="checkbox"/> 染色体病患儿分娩史
	重要病史及相关检查结果: _____
	特殊致畸化学物接触史: <input type="checkbox"/> 无 有, 化学物名称: _____
	临床症状描述: _____
产检信息	*孕周 (周): _____ *末次月经时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重 (公斤): _____
	*妊娠情况: <input type="checkbox"/> 单胎 <input type="checkbox"/> 双胎 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	B超检查日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 头臀径/双顶径 (CRL): _____ mm
	B超检查结果: <input type="checkbox"/> 未见异常 <input type="checkbox"/> 异常, 具体描述: _____
	产前筛查结果: <input type="checkbox"/> 未见异常 <input type="checkbox"/> 异常, 具体描述: _____
检测平台/项目 (请在□处打“√”)	
<input type="checkbox"/> 核型分析 (G 显带, 400 条带) <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>	<input type="checkbox"/> 高分辨核型分析 (G 显带, 550 条带) <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>
<input type="checkbox"/> CGX Oligo Arrays (8×60K) <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>	<input type="checkbox"/> CGX-SNP Oligo Arrays (4×180K) <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>
<input type="checkbox"/> KARYOLITE™BoBs™ <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>	<input type="checkbox"/> 脆性 X 染色体综合征检测 <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>
<input type="checkbox"/> PRENATAL BoBs™ <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>	<input type="checkbox"/> 其他 <input type="text" value="预置条码粘贴处"/>
送检样本信息 (打*号为必填信息, 请在□处打“√”)	
**样本类型: <input type="checkbox"/> 外周血 <input type="checkbox"/> 绒毛 <input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 脐带血 <input type="checkbox"/> 流产组织 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
*样本采集时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时	
其他备注信息: _____	

第一联实验室留存(白) 第二联医院留存(蓝) 第三联受检者留存(红)