

برنامه ژنتیک اجتماعی: فرم اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک

از مرکز خدمات مشاوره ژنتیک _____ به مرکز بهداشت شهرستان:

مشخصات زوج / فرد واجد مراقبت ژنتیک:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	علت مراقبت ژنتیک	محل سکونت و تلفن تماس
.....	استان:.....شهرستان:..... تلفن ثابت:.....تلفن همراه:.....
.....	استان:.....شهرستان:..... تلفن ثابت:.....تلفن همراه:.....

دارنده / دارندگان مشخصات فوق برای دریافت خدمات ذیل معرفی می‌گردد:

مراقبت ژنتیک قطعی:

انجام مراقبت ژنتیک پیشگیری از بروز

انجام مراقبت کاهش خطر بروز

مراقبت ژنتیک موقت:

فراخوان و ارجاع برای مشاوره ژنتیک

قطع مراقبت ژنتیک:

به دلیل عدم ضرورت

مهر و امضا پزشک مشاور ژنتیک

شماره نامه:

تاریخ: / / ۱۳

از: مرکز بهداشت شهرستان

به: مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی

با سلام و احترام

دارنده مشخصات فوق، جهت انجام خدمات اعلام شده بر اساس دستورالعمل کشوری معرفی می‌شوند.

محل امضا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

تذکر: در صورت عدم شناسایی، اصل فرم در اسرع وقت به مرکز بهداشت شهرستان عودت داده شود.