

قسم الوراثة الخلوية

REQUEST FOR CYTOGENETICS STUDIES

Date: Lab. No.:

Name: Hospital: King Abdulaziz Hospital-Jeddah

Age: Sex: Ward: Room/ Bed:

Request Number: Hospital No.

Specimen:

Blood collection time :

Blood collection date :

ID of employee :

Test Required:

 Chromosomes Analysis (Peripheral Blood). FISH Study.

Clinical Features:

Name and Signature of
the Physician.

Phone No.

SPECIMENS COLLECTION REQUIREMENTS

- Collect specimen aseptically 2 -3 ml of blood in heparinized tube (**Sodium heparin without gel**). Mix gently & notify time of collection, date of collection and the **ID number for employee who responsible for blood collection**.
- Please send sample to Riyadh regional laboratory on **Sunday** (for inside Riyadh samples) & **Monday** (for outside Riyadh samples) which has to reached in the same day and maximum of 48 hrs from the date of collection (place the samples in specimen box surrounded with cotton to maintain the temp. of 25-30 C) (CUT OFF TIME OF RECEIVING IS 2 PM).
- Sample will not be received without previous appointment.**
- Request form must be filled up completely by attending physician (**consultant or specialist**) & should be stamped with doctor signature.
- For more information please call phone # 01-4355555 ext. 1472 or FAX to # 01-4353045.
- This analysis is for SAUDI NATIONAL ONLY (please send a copy of national identity card or family card). For NON-SAUDI please arrange with Business Center.**

Issue Date: 27/01/2011

MD-LB General-008

شروط استقبال العينات

- تسحب عينات الدم 2-3 مل في أنابيب تحوى ماده مانعه للتجلط (صوديوم هيبارين بدون جل) مع مراعاة ظروف التعقيم وترج بلطف ويسجل وقت سحب العينة، تاريخ السحب ورقم ID للموظف المختص بسحب العينة.
- ترسل العينات إلى المختبر الإقليمي بالرياض يوم الأحد (لعيّنات داخل الرياض) و يوم الاثنين (لعيّنات خارج الرياض) من كل أسبوع ويراعى الطريقة الصحيحة المتبعة في النقل (توضع في صندوق حفظ العينات محاطة بقطع من القطن لمنع الإهتزاز في درجة حرارة من 25-30 درجة) على أن تصل العينات في نفس اليوم أو في فترة أقصاها 48 ساعة من سحب العينة وتسلم قبل الساعة الثانية ظهرا.
- لن يتم استقبال اى عينة بدون موعد مسبق.
- تعينة نموذج طلب الفحص بواسطة الطبيب المعالج (استشارى أو أخصائى) موضحاً فيه: (الإسم، العمر، الجنسية، مع كتابة التشخيص الإكلينيكي والتاريخ المرضى للمريض والعائلة ويختم بالختم الرسمي مع توقيع الطبيب المعالج).
- لمزيد من الاستفسار الرجاء الاتصال على هاتف رقم (01/4355555) تحويلة (1472) أو فاكس (01/4353045).
- يقتصر إجراء هذا التحليل للمرضى السعوديين فقط (أرفاق صورة اثبات الهوية او كرت العائلة) وبالنسبة لغير السعوديين يتم التنسيق مع مركز الاعمال.

Effective Date: 29/01/2025

Laboratory Send Out Services

Version.2

Appendix XV