



غربالگری NIPT و تعیین جنسیت

آزمایشگاه مدیکال
پاتوبیولوژی و ژنتیک، تأسیس: ۱۳۴۶

خانم باردار محترم، قبل از پر کردن فرم زیر، برگه اطلاعات تست و رضایت نامه مادر باردار را تکمیل فرمایید.
➤ اطلاعات مادر باردار (لطفاً تمام موارد درخواستی تکمیل گردد) شماره پذیرش بیمار:

نام و نام خانوادگی (به فارسی): نام و نام خانوادگی (به انگلیسی):

کد ملی: تاریخ نمونه گیری:/...../.....

تاریخ تولد شناسنامه ای:/...../..... تاریخ تولد واقعی:/...../.....

نوع بارداری: تک قلو دوقلو قل ازبین رفته سایر..... هفته بارداری: روز بارداری:

گروه خونی: وزن مادر:

بارداری مادر به کدام روش بوده است: دارو ICSI (میکرو) IVF IUI طبیعی سایر:.....

در صورت استفاده از روش IVF یا ICSI، آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟ خیر بله

سن اهدا کننده تخمک در زمان اهدا:، تاریخ تخمک گیری:/...../..... تاریخ انتقال تخمک:/...../.....

آیا مادر در همین بارداری، قبلاً تست غربالگری انجام داده است؟ خیر بله

در صورت بله، نوع تست و نتیجه آن چه بوده است؟ Low risk Intermediate High risk

آیا مادر در یک سال اخیر سابقه ابتلا به سرطان داشته است؟ خیر بله آیا مادر در سه ماه اخیر خون دریافت کرده است؟ خیر بله

نوع ازدواج: خویشاوندی (نسبت همسر:) غیر خویشاوندی سابقه ی سقط مکرر (۲ الی ۳ سقط): بله خیر

نشانی محل سکونت:

شماره تماس:

علت در خواست تست:

سن بالای ۳۵ سال (تک قلو) سن بالای ۳۲ سال (دوقلو) اضطراب مادر

غربالگری سرمی غیر طبیعی یافته مثبت سونوگرافی

بارداری قبلی با ناهنجاری سابقه فرزند مبتلا به ناهنجاری های کروموزومی (داون، ادوارد، پاتو)

لطفاً توجه داشته باشید در صورت استخراج ناکافی DNA جنینی نیاز به نمونه گیری مجدد می باشد.

اطلاعات تست را مطالعه و رضایت نامه را امضاء کرده ام.

امضاء خانم باردار: