

کد مدرک : F047-0	پرسشنامه آزمایشهای بررسی سلامت جنین	آزمایشگاه مدیکال کلینیکال و پاتولوژی بنیاد تشخیص پزشکی دکتر حسین اسماعیلی / تاسیس ۱۳۴۶ MEDICAL LABORATORY
---------------------	--	---

خواهشمند است فرم زیر را با دقت و بطور صحیح تکمیل نمایید. بدیهی است فرم ناقص عودت داده می شود.

نام و نام خانوادگی بیمار:	تاریخ تولد: / /	ملیت:	ارسالی از:
وزن:	تحصیلات:	شغل:	تاریخ دریافت: / /
نام پزشک:	تلفن پزشک:	شماره پذیرش:	

تاریخ پذیرش: / /	تاریخ نمونه گیری: / /	آیا سونوگرافی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
------------------	-----------------------	---

تاریخ انجام سونوگرافی: / /	گروه خون:	LMP: / /
----------------------------	-----------	----------

سن جنین هنگام سونوگرافی: هفته و روز.	سن جنین هنگام نمونه گیری: هفته و روز.
--	---

آیا اولین بارداری شماست؟ خیر بلی

تعداد زایمان: / /

تعداد سقط: / /

آیا بارداری شما دوقلوسست؟ خیر بلی

تاریخ آخرین سقط: / /

آیا تولد نوزاد مبتلا به سندرمهای کروموزومی داشته اید؟ خیر بلی

آیا قبلاً جهت بررسی سلامت جنین به آزمایشگاه مراجعه کرده اید؟ خیر بلی

تاریخ: / /

آیا بارداری شما طبیعی است؟ خیر بلی

IVF سایر ذکر شود: ()

در صورت منفی بودن سوال فوق آیا از تخمک فرد دیگری استفاده شده است؟ خیر بلی

(تاریخ تولد شخص اهدا کننده: / /) (LMP فرد اهدا کننده: / /)

آیا سابقه ناباروری دارید؟ خیر بلی

(تاریخ انتقال تخمک: / /)

آیا ازدواج شما فامیلی است؟ خیر بلی

آیا در فامیل شما یا همسران سابقه بیماری ژنتیکی یا مادرزادی وجود دارد؟ خیر بلی

(OSB NT سایر)

آیا در حال حاضر سیگار استفاده می کنید؟ خیر بلی

آیا مبتلا به دیابت می باشید؟ خیر بلی

آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟ خیر بلی

آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید؟ خیر بلی

CRL	NT	NB	BPD	HC	EDD
-----	----	----	-----	----	-----

شماره تماس و تلفن :

همکاران ما جهت پیگیری سلامت نوزاد متولد شده با شما تماس خواهند گرفت

انجام آزمایش دوال مارکر در هفته های ۸ تا ۱۳ بارداری، تریپل در هفته های ۱۴ تا ۲۲ بارداری و کواد مارکر در هفته های ۱۴ تا ۲۲ بارداری در بررسی سلامت جنین ارزشمند می باشد.

Dual marker	Triple marker	Quad marker	
Papp-A	AFP	AFP	
Free βhCG	UE3	UE3	Tr. 21 risk
	βhCG	βhCG	Tr.18 risk
		Inhibin-A	NTD(OSB) risk

جهت رسم منحنی، ارسال کپی آخرین سونوگرافی همراه با پرسشنامه فوق الزامی است