

کد مدرک:  
401-6

پرسشنامه آزمایش سلامت جنین  
(غربالگری)

پاتوبیولوژی  
و ژنتیک  
تأسیس: ۱۳۴۶

آزمایشگاه  
مدیکال



خواهشمند است فرم زیر را با دقت و به طور صحیح تکمیل نمایید. بدیهی است فرم ناقص عودت داده می‌شود.

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	شماره پذیرش:	کد ملی:
وزن:	تحصیلات:	شغل:	ملیت:
نام پزشک:	نوع غربالگری: AFP-mom <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> Sequential <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/>	ارسالی از آزمایشگاه:	شماره تماس:

تاریخ پذیرش: / /	تاریخ نمونه گیری: / /	آیا سونوگرافی انجام شده است? <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
تاریخ انجام سونوگرافی: / /	گروه خون: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH: مثبت (+) <input type="checkbox"/> منفی (-) <input type="checkbox"/>	LMP: / /
سن جنین هنگام سونوگرافی: هفته و ..... روز	سن جنین هنگام نمونه گیری: هفته و ..... روز	

آیا این اولین بارداری شما است؟  خیر  بلی

تعداد زایمان: ..... تعداد سقط: ..... تاریخ آخرین سقط: / /

آیا بارداری شما دو قلو می‌باشد؟  خیر  بلی

آیا تولد نوزاد مبتلا به سندروم های کروموزومی داشته‌اید؟  خیر  بلی

آیا قبلاً جهت بررسی سلامت جنین به آزمایشگاه مراجعه کرده‌اید؟  خیر  بلی تاریخ مراجعه: / /

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

تولد شخص اهدا کننده: / / LMP فرد اهدا کننده: / / تاریخ انتقال تخمک: / /

آیا سابقه ناباروری دارید؟  خیر  بلی آیا ازدواج شما فامیلی می‌باشد؟  خیر  بلی

آیا در فامیل شما یا همسران سابقه بیماری ژنتیکی یا مادرزادی وجود دارد؟  خیر  بلی (  OSB  NT  سایر  )

آیا در حال حاضر استعمال سیگار یا دخانیات یا موارد دیگر را دارید؟  خیر  بلی موارد مصرف: .....

آیا مبتلا به دیابت می‌باشید؟  خیر  بلی

آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟  خیر  بلی شرح دارو: .....

آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید؟  خیر  بلی شرح بیماری: .....

CRL NT NB BPD HC EDD

اینجانب ..... فرزند ..... کد ملی: ..... مطلع می‌باشم که آزمون های غربالگری سندرم داون و سایر بیماری های ژنتیکی که در سه ماهه اول و دوم بارداری انجام می‌گیرد، یک ابزار آماری است که مادران بارداری را که به جهت ریسک بالاتر، نیازمند بررسی های بیشتر و تشخیصی می‌باشند، تعیین میکند. باید توجه داشت که این آزمون ها ارزش تشخیص ندارند و عدم و یا وجود بیماری را به طور صد در صد و قطع مشخص نمی‌نماید.

امضاء و اثر انگشت

انجام آزمایش دابل مارکر در هفته های 11 تا 14 بارداری، کواد مارکر در هفته های 15 تا 22 بارداری و NIPT (Cell Free DNA) از 10 هفتگی به بعد در بررسی سلامت جنین ارزشمند می‌باشد.