

شماره سند: ۲-۱۰۸ تاریخ تهیه سند: ۹۷/۱۰/۱ تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ ویرایش: B	پرسش نامه آزمایشات غربال گری سلامت جنین محدوده توزیع: پذیرش و نمونه گیری	آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک آینده (دکتر نژاده)
--	---	---

توجه: برای انجام آزمایشات غربال گری سه ماهه اول فقط از ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز و برای غربال گری سه ماهه دوم بهتر است نمونه گیری در بین هفته های ۱۵ تا ۲۲ بارداری باشد. **شماره پذیرش:**

این قسمت توسط مادر باردار تکمیل شود

نام و نام خانوادگی:
 تاریخ تولد:/...../۱۴
 تلفن ثابت:
 نشانی محل سکونت: شهر: خیابان:

وزن مادر: کیلو گرم
 سن مادر:
 نام پزشک:
 موبایل:
 موبایل همسر:

این قسمت توسط پذیرش آزمایشگاه تکمیل می شود

تاریخ نمونه گیری:/...../۱۴
 سن جنین در حال حاضر:/.....
 تاریخ انجام سونوگرافی:/...../۱۴
 سن جنین هنگام سونوگرافی:/.....
 روز هفته

آیا این بارداری اولین بارداری شما است؟ بلی خیر

تعداد جنین در این بارداری دو قلو دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است یک قلو

آیا سابقه سقط داشته اید؟ بلی خیر

آیا شما قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون (مونگولیزم) داشته اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا کدام یک از روش های تشخیصی زیر انجام شده است؟
 CVS آمنیوسنتز

آیا شما قبلا جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری یا بیماری مادرزادی اعم از سندرم پاتو- ادوارد- ترنر یا مبتلا به نقص لوله عصبی داشته اید؟ بلی خیر

آیا سابقه ناهنجاری کروموزومی در خود یا همسران دارید؟ بلی خیر

آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟ بلی خیر

آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟ بلی خیر

آیا از داروهای حاوی ترکیبات HCG نظیر PREGNYL و یا داروهای هورمونی خاصی مانند شیاف یا آمپول پروژسترون استفاده می کنید؟ بلی خیر

آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا به سوالات زیر پاسخ دهید:
 تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک:/...../.....
 تاریخ دقیق جمع آوری تخمک:/...../.....
 تاریخ دقیق انتقال تخمک:/...../.....

کدام یک از این علائم را در بارداری قبلی داشته اید؟
 دفع پروتئین در ادرار فشارخون بیش از ۱۴

اینجانب با آگاهی از اینکه تست های غربالگری قدرت تشخیص تمامی موارد سندرم داون و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارد و تنها قادر به شناسایی ۸۰٪ تا ۹۰٪ موارد بیماری های غربال گری جنین می باشد و همچنین در بعضی اوقات ممکن است جواب مثبت کاذب (۵٪) داشته باشد (که پس از بررسی های بیشتر مشخص خواهد شد جنین سالم است) خواهان انجام تست غربالگری برای خویش هستم و اعلام می دارم تمامی سوالات موجود در پرسشنامه را به دقت مطالعه و به درستی پاسخ داده ام.
امضاء و اثر انگشت خانم باردار

لطفا توجه فرمایید:

- پس از زایمان برای اطلاع از سلامت نوزاد از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته می شود. لطفا این نکته را به خاطر بسپارید تا در آن زمان دچار نگرانی نشوید.
- از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید.

"لطفا در قسمت های زیر چیزی ننویسید"

ارسالی از آزمایشگاه:
 تحویل گیرنده:
 تاریخ تحویل:

CRL :	AFP :IU/ml	تاریخ تولد :/...../.....
NT :	uE3:	تاریخ سونوگرافی :/...../.....
PAPP-A:	HCG:	تاریخ نمونه گیری :/...../.....
F-HCG :	Inhibin A :	

“ آرزوی ما بدنیا آمدن فرزند سالم و با نشاط برای شما عزیزان می باشد ”