

پرسشنامه آزمایشهای بررسی سلامت جنین

این قسمت باید توسط مادر باردار تکمیل شود

کد ملی مادر باردار : شماره پذیرش ارسال کننده :
 نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد شما : ۱۳ / / سن شما در حال حاضر . . . سال
 وزن : نژاد(قومیت) : نام پزشک معالج : شماره تلفن پزشک :
 تاریخ انجام سونوگرافی : ۱۴ / / سن جنین هنگام سونو : هفته و روز
 تاریخ نمونه گیری : ۱۴ / / سن جنین در حال حاضر : هفته و روز

این قسمت باید توسط پرسنل آزمایشگاه تکمیل شود

آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون داشته اید ؟	بلی	خیر
آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا ناهنجاریهای کروموزمی داشته اید ؟	بلی	خیر
آیا بارداری شما چند قلوئی است ؟	بلی	خیر
آیا بارداری شما طبیعی بوده ؟	بلی	خیر
آیا بارداری شما به روش IVF بوده ؟	بلی	خیر
آیا سیگار مصرف میکنید ؟	بلی	خیر
آیا دیابت از نوع دیابت تیپ ۱ وابسته به انسولین دارید ؟	بلی	خیر
آیا سابقه غربالگری قبلی در این بارداری داشته اید ؟	بلی	خیر
آیا سابقه انجام آزمایشات تشخیصی قبلی در این بارداری داشته اید ؟	بلی	خیر
آیا ازدواج شما فامیلی بوده ؟	بلی	خیر
آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید ؟	بلی	خیر
نسبت فامیلی	بلی	خیر
نوع دارو	بلی	خیر

تعداد حاملگی موفق تعداد سقط جنین علت سقط =

در صورتی که از تخمک اهدایی برای بارداری استفاده میکنید سن اهدا کننده تخمک چند سال است ؟ سال
 کدام یک از این علائم را در طول بارداری قبلی داشته اید ؟ دفع پروتئین ☐ فشار خون بیش از ۱۴ ☐

نشانی دقیق منزل :

تلفن ثابت : شماره همراه :

☐ Dual marker : بین ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز (زمان طلایی هفته ۱۲)

PAPP-A = (mIU/ml) + Free B-HCG = (ng/ml)

☐ Quad marker : بین هفته های ۱۵ تا ۱۷ (زمان طلایی هفته ۱۶)

AFP = (IU/ml) + UE3 = (ng/ml) + B-HCG(titer) = (IU/l) + Inhibin A = (pg/ml)

☐ NTDS Risk (MOM) : بین هفته های ۱۵ تا ۱۷

Cotinent Screening Test غربالگری متوالی ☐ شرط انجام این تست انجام همه آزمایشات در یک آزمایشگاه است
 AFP = (IU/ml)

نکات مهم

- ۱ - رسم منحنی سلامت جنین طبق اطلاعات ارائه شده از طرف شما بوده و مسئولیت صحت اطلاعات ارائه شده بعهده خود شما است
- ۲ - نتایج مثبت تست های غربالگری قطعی نبوده و باید توسط آزمایشات ژنتیکی تایید شود .
- ۳ - این تست قادر به تشخیص ۱۰۰٪ موارد سندروم داون و سایر اختلالات کروموزمی نمی باشد و در بعضی موارد نیز نتایج کاذب به همراه دارد

رضایت نامه

اینجانب مطالب فوق را مطالعه نموده و با آگاهی کامل از آنها و ارائه مشخصات دقیق از خود رضایت خود را از انجام آزمایشات غربالگری اعلام داشته ، همچنین مسئولیت صحت اطلاعات فوق را می پذیرم .

نام و امضای منشی آزمایشگاه

نام و امضای شخص باردار