

فرم غربالگری سلامت جنین

کد مدرک: QC-FO-002

شماره بازنگری: 03

تاریخ بازنگری: 1399/09/23

نوع آزمایش درخواستی: آزمایشگاه ارسال کننده: شماره پذیرش:

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:/...../.....	وزن:	نژاد:
تعداد بارداری (با احتساب موارد سقط و بارداری فعلی):	تعداد زایمان نوزاد زنده:	تعداد سقط و یا مرده زایی:	
تاریخ پذیرش:/...../.....	مسئول پذیرش:	نام پزشک:	
آدرس و شماره تلفن مادر و یا همسر:			
آدرس و شماره تلفن پزشک:			

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP):	نکته: کپی سونوگرافی حتما ضمیمه باشد.
تاریخ انجام سونوگرافی:/...../.....	سن بارداری زمان سونوگرافی: هفته، روز
تاریخ نمونه گیری:/...../.....	سن بارداری زمان نمونه گیری: هفته، روز
تعداد نوزاد در سونوگرافی:	میزان NT:
نکته: سن بارداری در زمان نمونه گیری برای نمونه های دوگانه باید بین 11 تا 13 هفته و 6 روز و برای نمونه های چهارگانه ، 15 تا 17 هفته و 6 روز باشد.	

- آیا سیگار مصرف میکنید؟ بلی... خیر...
- سابقه ابتلا به دیابت تیپ اول؟ بلی:..... خیر.....
- آیا بارداری شما طبیعی است؟ بلی... خیر... (IVF و یا تخمک اهدایی و توضیح دهید)
- سابقه غربالگری قبلی در این بارداری داشته اید؟ بلی (توضیح دهید) خیر....
- سابقه انجام آزمایش تشخیصی قبلی (مانند آمینوسنتز و ...)?
- سابقه سندرم داون و یا دیگر ناهنجاریهای کروموزومی در بارداریهای قبلی با ذکر نوع ناهنجاری کروموزومی؟
نکته: در صورت پاسخ مثبت به سوال فوق مدارک آزمایشات ضمیمه باشد.
- سابقه تولد نوزاد با ناهنجاریهای ستون فقرات و یا عدم تشکیل جمجمه؟
- آیا سابقه بیماری خاصی دارید؟
- آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟
- سابقه ناهنجاری متعادل کروموزومی در یکی از زوجین با ذکر نوع ناهنجاری؟

نکته: این آزمایشات ریسک بعضی از ناهنجاریهای ژنتیکی را شناسایی می کند . مثبت شدن آن نیازمند تست های تکمیلی برای تایید نهایی می باشد. منفی شدن آن رد کننده تمامی ناهنجاریهای ژنتیکی نمی باشد.

امضا: خواندم و فهمیدم