

فرم ارسال مایع آمنیون و پرز جفتی

مشخصات مرکز/پزشک ارسال کننده					
فرستنده:		کد:	تلفن:		
استان:		شهر:	شماره پرونده:	تاریخ:	
پزشک در خواست کننده (ونظام پزشکی):			آزمایش درخواستی:		
مشخصات نمونه					
نام و نام خانوادگی مادر:		تاریخ تولد مادر:		محل تولد:	
سن بارداری در تاریخ نمونه برداری برحسب سونوگرافی:			نسبت فامیلی زوجین:		
تاریخ آخرین قاعدگی:		تاریخ نمونه گیری:		بارداری دو قلو: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
تعداد دفعات حاملگی:		تعداد سقط:		تعداد مرگ داخل رحم:	
تعداد دفعات زایمان:		تعداد دفعات زنده:		بچه های فوت شده:	
علت مراجعه					
<input type="checkbox"/> سن بالای مادر:					
<input type="checkbox"/> اگر تست های غربال گری انجام شده است مقدار ریسک و نوع تست ذکر شود. در صورت سونوگرافی مختل، کپی سونوگرافی ضمیمه شود.					
<input type="checkbox"/> سابقه فرزند با اختلال کروموزومی (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است، شماره پذیرش ذکر شود)					
<input type="checkbox"/> اختلال کروموزومی در زوجین (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است، شماره پذیرش ذکر شود)					
<input type="checkbox"/> علل دیگر توضیح داده شود:					

لطفاً شجره خانواده رسم شود. (الزامی است): فردی که نمونه آن ارسال شده را با فلش مشخص کنید. افراد مبتلای زن را با ● و مرد را با ■ مشخص کنید.