

غربالگری سه ماهه اول بین هفته های ۱۱ تا ۱۳ هفته و ۴ روز ، غربالگری سه ماهه دوم بین هفته های ۱۵ تا ۱۷ هفته و ۵ روز

این قسمت توسط آزمایشگاه کامل شود: (بفش های ستاره دار اجباری است)

*تاریخ پذیرش:	/ /	*شماره پذیرش:	*شماره پذیرش ارسالی:	*ارسالی از:
---------------	-----	---------------	----------------------	-------------

این قسمت توسط مادر باردار کامل شود: (بفش های ستاره دار اجباری است)

*نام:	*نام خانوادگی:	*تاریخ تولد:	/ /	*وزن مادر:	کیلوگرم
نام پزشک:	*ملیت:	*نژاد:		*گروه خون:	
آدرس:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:			

این قسمت توسط مادر باردار به همراهی آزمایشگاه کامل شود: (بفش های ستاره دار اجباری است)

*تاریخ انجام سونوگرافی:	/ /	*سن جنین هنگام سونوگرافی:	هفته	روز	*اولین روز آخرین پریود (LMP):	/ /
*تاریخ نمونه گیری:	/ /	*سن جنین هنگام نمونه گیری:	هفته	روز		
*آیا اولین بارداری شماست؟	☐ بله	☐ خیر	*تعداد زایمان:		*تعداد سقط:	
*تعداد جنین در بارداری فعلی:	☐ یک قلو	☐ دو قلو				
*آیا بارداری به روش IVF بوده است:	☐ بله	☐ خیر				
• آیا از تمکک فرد دیگری استفاده کرده اید	☐ بله	☐ خیر				
• تاریخ تولد فرد اهداء کننده:	/ /					
• تاریخ برداشت تمکک:	/ /	تاریخ بارور کردن تمکک:	/ /	تاریخ انتقال تمکک:	/ /	
*آیا سابقه سندرم مونگولیس (سندرم داون) در خانواده شما و همسران وجود دارد؟	☐ بله	☐ خیر	نسبت با جنین:			
*آیا سابقه بیماری نقص لوله عصبی (OSB) در خانواده شما و همسران وجود دارد؟	☐ بله	☐ خیر	نسبت با جنین:			
آیا سابقه ناباروری داشته اید:	☐ بله	☐ خیر				
آیا ازدواج شما فامیلی است؟	☐ بله	☐ خیر				
*آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟	☐ بله	☐ خیر				
*آیا در حال حاضر از سیگار استفاده می کنید؟	☐ بله	☐ خیر				
*آیا مبتلا به بیماری فامیلی هستید؟	☐ بله	☐ خیر				
*آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟	☐ بله	☐ خیر				
*آیا قبلا آزمایش سلامت جنین انجام داده اید؟	☐ بله	☐ خیر	چه نوع آزمایش و چه زمانی؟			

مراجعه کننده مختصر

به آگاهی می رساند پس از زایمان برای بررسی سلامت نوزاد از طرف آزمایشگاه با شما تماس گرفته می شود.

اینجانب با آگاهی از توان تشخیص آزمایش غربالگری سلامت جنین در افتلالات کروموزومی، که تنها قادر به شناسایی برخی از آن ها مانند سندرم داون، ادوارد و پاتو با حدود ۸۰٪ ، و اینکه در برخی موارد با حداقل ۵٪ جواب مثبت و منفی همراه است، که در این موارد می بایست با آزمایش های تکمیلی دیگر انجام گردد. و هم چنین اعلام می دارم تمامی سوالات موجود در پرسشنامه را با دقت و به درستی پاسخ داده ام.

نام تاریخ و امضاء

این قسمت توسط بفش ارسالی آزمایشگاه کامل شود:

بررسی کننده فرم ارسال شده: تاریخ:

نواقص موجود:

همکار ارجمند در صورت ابهام یا هرگونه سوال در مورد فرم یا سوالات مربوط به غربالگری سلامت جنین با شماره تلفن ۶۲۷۲۳۳ دافلی ۱۱۲، از ۷ الی ۱۳ تماس حاصل فرمایید.