

RR-F- 03	کد مدرک :	آزمایشگاه پاتوبیولوژی آراد	
04	شماره ویرایش :	فرم درخواست آزمایش غربالگری ۳ ماهه اول (۱۱ تا ۱۳ هفتگی)	
1404/06/01	تاریخ صدور:		

(این قسمت توسط فرد آزمایش دهنده پر شود)

* نام و نام خانوادگی: * کد ملی: * تاریخ تولد:/...../.....

* نام پزشک معالج: * تلفن مطب:

(این قسمت توسط فرد آزمایش دهنده پر شود)

* بارداری اول: ☐ * چنانچه بارداری چندم باشد: تعداد زایمان قبلی: * تعداد سقط:

* آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

* در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

* تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید کنید؟/...../.....

* تاریخ جمع آوری تخمک را قید کنید؟/...../..... * تاریخ لقاح تخمک را قید کنید؟/...../.....

* تاریخ انتقال تخمک را قید کنید؟/...../.....

* آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه مدت؟

* آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه تعداد؟

* آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر نسبت فامیلی را ذکر کنید؟

* آیا سابقه انجام آزمایش تشخیصی قبلی (CVS) (نمونه برداری از پرزهای جفتی) را دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر

* آیا سابقه مصرف داروی خاص دیگری را دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه دارویی؟ چه مدت؟

* آیا در فامیل شما و یا همسران سابقه ابتلا به بیماری سندرم داون و یا نقص لوله ی عصبی وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

* سابقه کدامیک از این بیماری ها را دارید؟ ☐ تیروئید ☐ دیابت ☐ فشار خون ☐ کم خونی ☐ صرع

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید (توسط پذیرش آزمایشگاه تکمیل گردد)

* تاریخ نمونه گیری:/...../..... * تاریخ انجام سونوگرافی:/...../.....

* سن جنین هنگام سونوگرافی: هفته روز * سن جنین در زمان نمونه گیری: هفته روز

* میزان NT: CRL: * استخوان بینی: وجود دارد ☐ وجود ندارد ☐

* تعداد جنین گزارش شده: ۱ قلو ☐ دو قلو ☐ سه قلو ☐ بیشتر از سه قلو ☐

* وزن مادر در زمان نمونه گیری: کیلو گرم * قاریخ آخرین روز از قاعدگی:/...../.....

* نژاد مادر: ایرانی ☐ افغانی ☐ سایر ☐

* نام فرد تکمیل کننده ی فرم: * نام فرد نمونه گیری:

اطلاعات مربوط به آزمایشگاه ارجاع دهنده:

* نام فرد پذیرش کننده: * شماره پذیرش: * نام آزمایشگاه ارسال کننده:

اطلاعات آزمایشگاه مقصد:

* نام فرد پذیرش کننده: * نام فرد چک کننده فرم: * شماره پذیرش آزمایشگاه مقصد:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید (توسط مسئول بخش غربالگری آزمایشگاه تکمیل گردد)

PAPP-A :..... (mIU/mL) MoM :..... Screening result: Negative ☐ Positive ☐

Free BHCG:..... (IU/L) MoM:..... Risk of Down's: Risk of T18:

نام فرد گزارش دهنده: تاریخ گزارش: نمودار چاپ گردید ☐

محل درج توضیحات / تاییدیه های اخذ شده از بیمار / نتایج پیگیری های تلفنی بعد از تولد نوزاد:

رضایتنامه انجام پروتکل های غربالگری قبل از تولد

تریزومی چیست؟

تریزومی وضعیتی است که در آن به جای دو نسخه از کروموزوم مورد نظر، سه نسخه از آن در سلول های بدن وجود دارد.

• **تریزومی ۲۱:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم شماره ۲۱ بوده، موجب سندروم داون می گردد. کودکان مبتلا ممکن است دچار عقب ماندگی خفیف تا متوسط، نقایص قلبی، و دیگر مشکلات باشند. احتمال بروز سندروم داون ۱ در هر ۷۴۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم به شدت به سن مادر بستگی دارد).

• **تریزومی ۱۸:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم شماره ۱۸ بوده، موجب سندروم ادوارد می گردد. این سندروم با میزان بالایی از سقط همراه است کودکان مبتلا به این سندروم ممکن است دچار بیماریهای شدید بوده و زنده نمانند (تنها تعداد بسیار کمی از آنها تا یک سالگی زنده می مانند). احتمال بروز سندروم ادوارد ۱ در هر ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم نیز به شدت به سن مادر بستگی دارد).

• **تریزومی ۱۳:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم شماره ۱۳ بوده، موجب سندروم پاتو می گردد. همانند تریزومی ۱۸ احتمال سقط این جنین ها نیز زیاد است. کودکان مبتلا به این سندروم معمولاً از مشکلات شدید قلبی و دیگر مسایل رنج می برند و به ندرت تا یکسالگی زنده می مانند. احتمال بروز سندروم پاتو ۱ در هر ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (و به شدت به سن مادر بستگی دارد).

پروتکل های غربالگری شامل تست غربالگری سه ماهه اول ترکیبی (Combined Test)، غربالگری سه ماهه دوم (کواد مارکر) و پروتکل های ترکیبی سه ماهه اول و دوم (سکوئشال یا اینتگریتد) مجموعه تست هایی می باشند که برای تعیین ریسک (= احتمال) وجود برخی اختلالات کروموزومی در جنین مانند تریزومی ۲۱، تریزومی ۱۸، تریزومی ۱۳ و یک سری مشکلات دیگر نظیر SLOS و اختلالات طناب عصبی (NTDs) و یا دیواره شکمی انجام می شوند.

SLOS: ناشی از وجود نقصی در مسیر سوخت و ساز کلسترول است که در نتیجه آن ساخت کلسترول (که پیش ساز بسیاری از هورمونهای استروئیدی در بدن می باشد) بشدت کاهش می یابد. احتمال بروز سندروم SLOS، ۱ در هر ۲۰۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است.

• **اختلالات طناب عصبی ویا NTDs:** احتمال بروز اختلال طناب عصبی، ۱ در هر ۱۵۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است و شامل مواردی مانند مننژوسل، میلو مننژوسل و آنسفال می باشد.

• **آزمایش غربالگری سه ماهه اول (FTS):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۱ (11 w+0d) تا انتهای هفته ۱۳ (13 W+6d) قابل انجام بوده و بطور همزمان از دو سری مارکرهای بیوشیمیایی خون و سونوگرافیک (معروف به سونوی NT) استفاده نموده و بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۸۵٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۱۵٪) و در ۳٪ موارد نتیجه مثبت در پی دارد.

• **آزمایش غربالگری سه ماهه دوم (Quad Marker):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۵ (15W+0d) تا انتهای هفته ۲۲ (22W+6d) قابل انجام بوده، ولی بهترین زمان انجام آن از ابتدای هفته ۱۵ (15W+0d) تا ابتدای هفته ۱۷ (17W+0d) می باشند. تست فوق فقط شامل اندازه گیری مارکرهای بیوشیمیایی خون بوده و از داده های سونوگرافیک فقط برای تعیین سن جنین استفاده می شود. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۸۰٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۲۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت در پی دارد.

• **آزمایش غربالگری ترکیبی سه ماهه اول و دوم (Sequential or Integrated):** شامل ترکیب پروتکل های سه ماهه اول و دوم و تعیین یک ریسک واحد می باشد. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۹۵٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۵٪) و در ۳٪ موارد نتیجه مثبت در پی دارد.

هزینه: هزینه های پروتکل های فوق بر مبنای آخرین تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و دریافت می گردد.

تفسیر تست: مثبت شدن نتیجه تست غربالگری به معنی ابتلای جنین به اختلالات مورد اشاره نمی باشد و فقط به معنی آن است که خانم باردار، کاندیدای انجام تست های تشخیصی (مانند CVS و یا آمنیوسنتز) و یا تست غربالگری دقیق تری (مانند NIPT) می باشد.

اینجانب:..... نام پدر:..... با ملیت ☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی (.....)، از نژاد ☐ سفید ☐ سیاه ☐ زرد و قومیت: ☐ فارس ☐ غیرفارس (.....) موافقت خود را جهت انجام پروتکل فوق توسط آزمایشگاه آزاد به عنوان آزمایشگاه مبدأ اعلام می دارم، با علم بر اینکه آزمایشگاه مبدأ نتایج را ترجمه و تفسیر خواهد نمود و متعهد می گردد که نتایج با توجه به قوانین و مقررات در اختیار بیمار گذاشته شود. همچنین اعلام می دارم تمام سوال های موجود در پرسشنامه را به دقت مطالعه کرده و به درستی پاسخ داده ام.

اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربالگری بوده و تشخیصی نمی باشد، و درک می کنم که تمامی جنین های مبتلا به اختلالات کروموزومی نامبرده در فوق، ممکن است توسط این پروتکل ها قابل شناسایی نباشند.

• اینجانب از امکانات و محدودیتهای نهفته در این روش ها از طریق بخش اطلاع رسانی به بیمار مطلع شده ام و موارد مربوط به من خاطر نشان شده است.

امضا و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی / تاریخ

❖ تذکر مهم:

حدوداً ۶ تا ۱۲ ماه بعد از این تاریخ، صرفاً برای تکمیل پرونده (یعنی اطلاع سرانجام بارداری و وضعیت سلامت نوزادان) از طرف آزمایشگاه (حداقل یکبار) با شما تماس گرفته میشود. لطفاً این نکته را به خاطر بسپارید تا در آن زمان دچار نگرانی نشوید.

نشانی دقیق محل سکونت:.....

تلفن ثابت برای تماس ضروری (کد شهرستان):..... تلفن همراه برای تماس ضروری: ۱).....

۲)..... ایمیل (در صورت وجود).....