



آزمایشگاه پاتوبیولوژی آراد

RR-F- 03

کد مدرک :

03

شماره ویرایش :

فرم درخواست آزمایش غربالگری ۳ ماهه دوم (۱۴ تا ۱۷ هفتگی)

1397/05/15

تاریخ صدور:

(این قسمت توسط فرد آزمایش دهنده پر شود)

* نام و نام خانوادگی: * کد ملی: * تاریخ تولد:/...../.....
* نام پزشک معالج: * تلفن مطب:

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

* تاریخ نمونه گیری:/...../..... * تاریخ انجام سونوگرافی:/...../..... * شماره پذیرش:
* 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 * آیا بیمار آزمایش غربالگری مرحله ی اول را در این مرکز انجام داده است؟ بلی خیر
نام فرد چک کننده و تکمیل کننده ی فرم: * نام فرد نمونه گیری:

(این قسمت توسط فرد آزمایش دهنده پر شود)

* بارداری اول: * چنانچه بارداری چندم باشد: تعداد زایمان قبلی: * تعداد سقط:
* آیا قبلا 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
* در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا به سوال های زیر پاسخ دهید؟
* تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید کنید؟/...../.....
* تاریخ جمع آوری 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

نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن تماس: (۱)..... (۲)..... (۳)..... (در صورت مراجعه از شهرستان کد آن را ذکر کنید)
اینجانب تکمیل کننده این پرسشنامه ، با علم به اینکه تست های غربالگری قدرت تشخیص تمام موارد سندرم داون و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارند و در بعضی موارد نیز نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب به همراه دارند ، خواستار انجام این تست غربالگری برای خود و همسرم می باشم.
امضاء و اثر انگشت

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

AFP:.....(IU/mL) MoM Screening result: Negative Positive
UE3:.....(ng/ml) MoM:..... Risk of Down's: Risk of T18:
HCG:.....(IU/L) MoM:..... Risk of NTD: Risk of SLOS:
InhibinA:.....(Pg/ml) MoM:.....

نام فرد گزارش دهنده: تاریخ گزارش: نمودار چاپ گردید