

پرسشنامه آزمایشات غربالگری مادران باردار

AFP ○ Integrated ○ Quad ○ Triple ○ Double ○

شماره پذیرش:

*Frist Name:	نام:	۱
*Last Name:	نام خانوادگی:	۲
	*کد ملی:	۳
	نام پدر:	۴
سن واقعی(در صورت مغایرت در شناسنامه):	*تاریخ تولد دقیق خانم باردار:/...../.....	۵
	*وزن فعلی:	۶
گروه خون:	میزان تحصیلات:	۷
*شماره تلفن:	نام پزشک:	۸
	*تاریخ انجام سونوگرافی:/...../.....	۹
	*تاریخ نمونه گیری در آزمایشگاه:/...../.....	۱۰
	تاریخ اولین روز قاعدگی:/...../.....	۱۱
	*سن جنین در هنگام سونوگرافی: هفته..... روز.....	۱۲
	*سن جنین در حال حاضر: هفته..... روز.....	۱۲

۱۳ آیا اولین بارداری شما است؟	تعداد زایمان:	تعداد سقط(ها):	علت سقط(ها):
۱۴ *بارداری شما چند قلو است:	یک قلو	دو قلو	
۱۵ آیا سابقه ناباروری داشته اید:	بله	خیر	چه مدت:
۱۶ *بارداری فعلی شما به کدام روش صورت گرفته ؟	IVF ○ IUI ○	دارو ○	طبیعی ○
۱۷ *آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟	بله	خیر	تاریخ تولد دهنده تخمک:/...../.....
۱۸ تاریخ تخمک برداری/...../.....	تاریخ لقاح:/...../.....	تاریخ انتقال:/...../.....	
۱۹ *آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندروم دان داشته اید؟	بله	خیر	
۲۰ آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری های کروموزومی داشته اید؟	بله	خیر	نوع بیماری:
۲۱ *آیا در حال حاضر به دیابت وابسته به انسولین ، مبتلا هستید؟	بله	خیر	مقدار مصرف انسولین:
۲۲ آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟	بله	خیر	
۲۳ *آیا در طول بارداری سیگار و یا دخانیات مصرف میکنید؟	بله	خیر	
۲۴ آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟	بله	خیر	نسبت فامیلی:
۲۵ آیا در فامیل شما یا همسرتان سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد؟	بله	خیر	نوع بیماری:
۲۶ *آیا در همین بارداری، قبلا نیز به این آزمایشگاه مراجعه کرده اید؟	بله	خیر	
۲۷ آیا سابقه انجام آزمایش های تشخیص قبلی مانند NIPT و یا آمینواسید دارید؟	بله	خیر	

از آنجا که سن خانم باردار در نتیجه آزمایش غربالگری سلامت جنین تاثیر زیادی دارد. حتما سن دقیق و واقعی خود را در فرم بنویسید. اینجانب تکمیل کننده این پرسشنامه با آگاهی از اینکه تست های غربالگری قدرت تشخیص تمامی موارد سندروم دان و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارد و نیز در برخی موارد مثبت و یا منفی کاذب دارد، خواهان انجام این تست غربالگری برای خود و یا همسر خویش هستم .

نشانی، محل سکونت:

تلفن ثابت برای تماس ضروری (کد شهرستان):

تلفن همراه برای تماس ضروری:

پس از زایمان شما برای پیگیری سلامت نوزاد از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد.

نام و نام خانوادگی:

امضا و اثر انگشت: