

مشخصات خانم باردار

نام :	۱
* First Name :	
نام خانوادگی :	۲
* Last Name :	
کد ملی :	۳
نام پدر :	۴
ملیت :	۵
تاریخ تولد دقیق خانم باردار : / /	۶
سن واقعی (در صورت مغایرت در شناسنامه) :	
وزن فعلی :	۷
میزان تحصیلات :	۸
شماره تلفن :	
نام پزشک :	۹
گروه خونی :	
تاریخ انجام سونوگرافی : / /	۱۱
تاریخ نمونه گیری در آزمایشگاه : / /	۱۲
تاریخ اولین روز قاعدگی : / /	۱۳
سن جنین در هنگام سونوگرافی : هفته روز	۱۴
سن جنین در حال حاضر : هفته روز	۱۵

۱. تعداد فرزند به دنیا آمده : ۲. تعداد بارداری تا به حال (با احتساب بارداری فعلی) : ۳. تعداد سقط (ها) : ۴. علت سقط (ها) :	۱۶
بارداری شما چندقلو است : یک قلو ○ دوقلو ○	۱۷
آیا سابقه ناباروری داشته اید : بله ○ خیر ○ چه مدت :	۱۸
بارداری فعلی شما به کدام روش صورت گرفته ؟ IUI ○ IVF ○ دارو ○ طبیعی ○	۱۹
آیا اهداکننده تخمک داشته اید ؟ بله ○ خیر ○ تاریخ تولد دهنده تخمک : / /	۲۰
تاریخ تخمک برداری : / / تاریخ لقاح : / / تاریخ انتقال : / /	۲۱
آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به سندروم دان داشته اید ؟ بله ○ خیر ○	۲۲
آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری های کروموزومی داشته اید ؟ بله ○ خیر ○ نوع بیماری :	۲۳
آیا در حال حاضر انسولین مصرف می کنید ؟ بله ○ خیر ○ مقدار مصرف انسولین :	۲۴
آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید ؟ بله ○ خیر ○	۲۵
آیا در طول بارداری سیگار و یا دخانیات مصرف می کنید ؟ بله ○ خیر ○	۲۶
آیا ازدواج شما فامیلی بوده است : بله ○ خیر ○ نسبت فامیلی :	۲۷
آیا در فامیل شما یا همسران سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد ؟ بله ○ خیر ○ نوع بیماری :	۲۸
آیا در همین بارداری ، قبلاً نیز به این آزمایشگاه مراجعه کرده اید ؟ بله ○ خیر ○	۲۹
آیا سابقه انجام آزمایش های تشخیص قبلی مانده NIPT و یا آمینواسید دارید ؟ بله ○ خیر ○	۳۰

رضایت آگاهانه :

از آنجا که سن خانم باردار در نتیجه آزمایش غربالگری سلامت جنین تأثیر زیادی دارد . حتماً 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 تماس گرفته خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

امضا و اثر انگشت :

تاریخ :