

پرسشنامه آزمایشات غربالگری مادران باردار

AFP Integrated Quad Triple Double

شماره پذیرش:

*Frist Name:	نام:	۱
*Last Name:	نام خانوادگی:	۲
	نام پدر:	۳
سن واقعی (در صورت مغایرت در شناسنامه):	*تاریخ تولد دقیق خانم باردار:/...../.....	۴
	*وزن فعلی:	۵
گروه خون:	میزان تحصیلات:	۶
*شماره تلفن:	نام پزشک:	۷
	*تاریخ انجام سونوگرافی:/...../.....	۸
	*تاریخ نمونه گیری در آزمایشگاه:/...../.....	۹
	تاریخ اولین روز قاعدگی:/...../.....	۱۰
	*سن جنین در هنگام سونوگرافی: هفته روز.....	۱۱
	*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 <input type="radio"/> IUI <input type="radio"/>	دارو <input type="radio"/>	طبیعی <input type="radio"/>
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 میتلا به سندروم دان داشته اید؟	بله	خیر	
۲۰	آیا قبلا جنین یا فرزند میتلا به ناهنجاری های کروموزومی داشته اید؟	بله	خیر	نوع بیماری:
۲۱	*آیا در حال حاضر به دیابت وابسته به انسولین ، میتلا 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 همسران 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 هستیم .

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: