

کد: PRP-SFF-02-03	برگه ارزیابی قطعه شده اسپرم (SDFA) (Pre-analytical Process: Sperm Fragmentation Evaluation Form)	آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک رصد
تاریخ: ۱۴۰۳/۰۸/۱۳	تعداد صفحات: ۲	

### فرم پذیرش آزمایش ارزیابی میزان شکست DNA اسپرم (SDFA)

نام آزمایشگاه ارسال کننده:	شهر، استان:	شماره تماس:
نام مسئول ارسال کننده:	درخواست شخصی (پذیرش بدون نسخه) <input type="checkbox"/>	
نام پزشک درخواست کننده:	تخصص:	شماره نظام پزشکی:
شماره پذیرش:	تاریخ پذیرش:	تاریخ نمونه گیری:
نام کارشناس پذیرش:	مسئول دریافت نمونه بخش ژنتیک:	***علت مراجعه:
نام و نام خانوادگی:	وضعیت تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....
کدملی:	تعداد فرزندان:	تلفن ثابت:
آدرس:	تلفن همراه:	محل تولد:

#### شرایط و نحوه نمونه گیری

فاصله بین انجام تست تا آخرین انزال باید بین ۲ تا ۵ روز باشد. قبل از نمونه گیری، دستها و آلت تناسلی فقط با آب شستشو و خشک شود. نمونه گیری باید در شرایط استریل انجام شود. حجم نمونه مورد نیاز حداقل ۲ میلی لیتر است. بهترین نمونه، نمونه ای است که از طریق تحریک مصنوعی با دست تهیه شود و در ظرف پلاستیکی استریل مخصوص که بر روی آن برچسب حاوی مشخصات بیمار زده شده است، جمع آوری گردد. برای تهیه نمونه از صابون، ژل، مواد روان کننده و روغن استفاده نشود. آزمایشگاه های همکار باید نمونه را بلافاصله بدون فریز کردن و در شرایط دمایی ۳۷ درجه (مشابه دمای بدن) به آزمایشگاه رصد ارسال کنند. چنانچه امکان ارسال نمونه در مدت ۱ ساعت وجود ندارد، نهایتاً تا ۲۴ ساعت نمونه در ۳۷ درجه نگهداری شود و در شرایط دمایی مشابه در اسرع وقت به آزمایشگاه رصد ارسال شود.

محل نمونه گیری:  آزمایشگاه  منزل  ساعت نمونه گیری: مدت زمان اجتناب از نزدیکی/ انزال ..... روز  
نتیجه آزمایش آنالیز اسپرم تعداد اسپرم (میلیون/میلی لیتر) ..... (این قسمت توسط کارشناس آزمایشگاه تکمیل می شود.)

#### اطلاعات شغلی و عادات سبک زندگی فردی

آیا حرفه شما در رابطه با موارد زیر است؟

کودها/حشره کش ها  مواد شیمیایی/رنگ ها/حلال های صنعتی و شیمیایی  اشعه و پرتو  دماهای بالا

مصرف سیگار:  بله  خیر  گاهی  به تازگی ترک کرده ام

مصرف مکمل های ورزشی:  بله  خیر  مصرف الکل:  بله  خیر  گاهی  به تازگی ترک کرده ام

#### سوابق پزشکی در ۶ ماه گذشته

داشتن تب بالای ۴۰ درجه  ابتلا به زردی (یرقان)  ابتلا به حصه  ابتلا به سل  ابتلا به عفونت ادراری مزمن  ابتلا به اوریون

سوابق ابتلا به بیماری:  دیابت  فشار خون  کلسترول  تیروئید  اختلال نعوظ

سوابق جراحی های گذشته

Varicocelelectomy  Hydrocelelectomy  Penal/Testis Surgery  Circumcision   
Undescended Testis Vasectomy/ Reversal  سایر

داروهای مصرفی حال حاضر ( ذکر نام هر نوع داروی مصرفی الزامی است.)

دیابت  فشار خون  کلسترول  تیروئید  آنتی اکسیدان ها  ضداضطراب ها/کوریزان ها  استروئیدها  داروهای باروری  سایر   
مکمل های آنتی اکسیدان مثل ویتامین سی، گلوکوتیون/ ضداضطراب ها مثل سیتالوپرام، سرترالین، فلوکستین/ کورتیزان ها مثل بتامتازون، دگزامتازون، پردنیزولون، فلوئوسینولون/ استروئیدها مثل متیل تستسترون، استانازول

## سوابق باروری

نوع ناباروری: اولیه  ثانویه  سابقه سقط همسر: بله  خیر  سابقه درمان‌های ART قبلی:  IUI  ICSI  IVF

ناباروری اولیه در زوجینی تعریف می‌شود که خانم تا به حال سابقه بارداری یا سقط نداشته باشد. در این نوع از ناباروری، هیچ بارداری از تلاش‌های زوجین حاصل نشده است.

ناباروری ثانویه عدم امکان باردار شدن مجدد پس از تولد یک یا چند فرزند است و پزشکان معمولاً آن را پس از تلاش زوجین برای باردار شدن به مدت ۶ تا ۱۲ ماه بدون موفقیت تشخیص می‌دهند.

در موارد سقط، کمتر از ۲۰ هفته از بارداری گذشته است.

درمان‌های ART یا همان روش‌های کمک باروری به مجموعه‌ای از روش‌های درمانی ناباروری می‌گویند که در آن لقاح تخمک و اسپرم، خارج از رحم و در آزمایشگاه توسط متخصص انجام می‌شود و تخمک بارور مجدداً به بدن مادر منتقل خواهد شد.

آیا قبلاً آزمایش آنالیز اسپرم و SDFA انجام داده‌اید؟ در صورت امکان جواب ضمیمه شود.

## جوابدهی

با توجه به ماهیت تست‌های ژنتیکی یا الزام به تکرار آزمایش به دلیل نیاز به نمونه‌گیری مجدد، تاریخ جوابدهی تقریبی بوده و ممکن است به تعویق بیفتد.

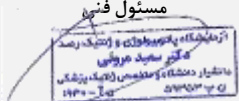
## رضایت‌نامه

اینجانب ..... رضایت کامل خود را از جهت بررسی میزان شکست DNA اسپرم (SDFA) بر روی نمونه جمع‌آوری شده توسط اینجانب با حفظ شرایط نمونه‌گیری ذکر شده در این فرم اعلام می‌دارم.

همچنین از مشکلات احتمالی مانند نیاز به تکرار نمونه‌گیری مجدد آگاه می‌باشم. بدیهی است که اطلاعات در رابطه با آزمایش اینجانب محرمانه می‌باشد و فقط به فرد امضاکننده فرم پذیرش و پزشک معالج اعلام یا تحویل می‌گردد.

تاریخ:

امضا و اثر انگشت:

بازنگری در زمان مقتضی	<p>مسئول فنی</p> 	تهیه کننده مریم حسینی دکتر سعید مروتی حکیمه بابایی
--------------------------	--	---