



شبکه آزمایشگاهی رصد

|   |     |                                      |                                   |
|---|-----|--------------------------------------|-----------------------------------|
| QA/F/01/00  | کد: | پرسشنامه آزمایش های بررسی سلامت جنین | آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک رصد |
| ID Number :<br>Date:<br>Test:   |     |                                      |                                   |
| نام و نام خانوادگی : .....  |     |                                      |                                   |
| * تاریخ نمونه گیری : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال * تاریخ   |     |                                      |                                   |
| تولد : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۳ سال * وزن : .....   |     |                                      |                                   |
| نام پدر : ..... گروه خون : ..... تحصیلات : ..... تلفن ثابت ..... تلفن همراه : .....   |     |                                      |                                   |
| نام پزشک : ..... تلفن پزشک : .....  |     |                                      |                                   |
| تاریخ انجام سونوگرافی : ..... روز / ..... ماه / ..... سال ۱۴ (حداکثر ۳ روز قبل از انجام آزمایش) سن جنین در هنگام سونوگرافی : .....                      |     |                                      |                                   |
| سن جنین در هنگام نمونه گیری : ..... هفته و ..... روز تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی ( LMP ) ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال                       |     |                                      |                                   |
| ۱- * آیا اولین بارداری شماست ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> * تعداد زایمان قبلی : .....  |     |                                      |                                   |
| ۲- * آیا سابقه سقط جنین دارید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> * تعداد سقط : .....   |     |                                      |                                   |
| تاریخ آخرین سقط : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال  |     |                                      |                                   |
| ۳- * آیا بارداری شما چند قلو است ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>  |     |                                      |                                   |
| ۴- آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون ( مونگولیسیم ) یا سایر اختلالات کروموزومی داشته اید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> |     |                                      |                                   |
| ۵- آیا قبلا به آزمایشگاه جهت بررسی سلامت جنین مراجعه کرده اید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>                                     |     |                                      |                                   |
| ۶- * بارداری شما به چه شکلی بوده است ؟ طبیعی <input type="radio"/> IVF یا لقاح مصنوعی <input type="radio"/>   |     |                                      |                                   |
| سایر روش ها .....   |     |                                      |                                   |
| ۷- * اگر از طریق لقاح مصنوعی ( IVF ) باردار شده اید ، آیا از تخمک فرد دیگری استفاده شده است ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>       |     |                                      |                                   |
| • تاریخ تولد فرد اهدا کننده تخمک : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال   |     |                                      |                                   |
| • LMP فرد اهدا کننده : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال   |     |                                      |                                   |
| • تاریخ انتقال تخمک : ..... روز / ..... ماه / ..... ۱۴ سال  |     |                                      |                                   |
| ۸- آیا سابقه ناباروری دارید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>   |     |                                      |                                   |
| ۹- آیا ازدواج شما فامیلی است ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> نسبت فامیلی را ذکر کنید : .....                                      |     |                                      |                                   |
| ۱۰- آیا در خانواده شما یا همسران سابقه بیماری های ژنتیکی و یا مادرزادی وجود دارد ؟  |     |                                      |                                   |
| بلی <input type="radio"/> ( NTD ) <input type="radio"/> سایر ( ..... ) <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>                                  |     |                                      |                                   |
| ۱۱- * آیا در حال حاضر از سیگار استفاده می کنید ؟ بلی <input type="radio"/> چه تعداد : .....   |     |                                      |                                   |
| ۱۲- * آیا مبتلا به دیابت می باشید ؟ بلی <input type="radio"/> چه مدت : .....  |     |                                      |                                   |



شبکه آزمایشگاهی رصد

- ۱۳ - آیا به بیماری خاصی مبتلا می باشید؟ بلی  ( ذکر نام بیماری : ..... ) خیر
- ۱۴ - آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ بلی  نام دارو : ..... مدت زمان مصرف :.....  
خیر
- ۱۵ - آیا از داروهای حاوی ترکیبات HCG نظیر PREGNYL استفاده می کنید؟ بلی  خیر   
• تاریخ آخرین نوبت تزریق دارو : .....
- ۱۶ - کدامیک از این علائم را در بارداری قبلی داشته اید ؟  
فشار خون بالا ( بیش از ۱۴,۹ )  دفع پروتئین در ادرار
- \*خواهشمند است ، سوالات ستاره دار حتما پاسخ داده شود.

اینجانب ..... ضمن تایید صحت اطلاعات وارد شده فوق و اطلاع کامل از سه نکته زیر، موافقت خود را برای انجام آزمایش غربالگری جنین اعلام میدارم:

- ۱- آزمایش غربالگری جنینی یک آزمایش قطعی برای تشخیص تمامی اختلالات جنینی نیست و فقط روشی برای برآورد میزان احتمال وجود برخی ناهنجاری های جنین نظیر سندرم داون می باشد .
- ۲- براساس میزان احتمال برآورد شده فقط میتوان حدود ۸۰٪ موارد ابتلا را شناسائی کرد. به عبارت دیگر در حدود ۲۰٪ موارد علی رغم جواب منفی ممکن است جنین مبتلا به ناهنجاری مورد نظر باشد.
- ۳- بر اساس میزان احتمال برآورد شده ، حدود ۵٪ موارد نتیجه مثبت ابتدائی در نظر گرفته شده که برای تشخیص نهایی نیاز به آزمایش های تکمیلی دارد که توسط پزشک متخصص مشخص میگردد.

امضا و اثر انگشت

شبکه آزمایشگاهی رصد