



غربالگری NIPT و تعیین جنسیت

شماره پذیرش بیمار:

خانم باردار محترم، قبل از پر کردن فرم زیر، برگه اطلاعات تست و رضایت نامه مادر باردار را تکمیل فرمایید.

➤ اطلاعات مادر باردار (لطفا تمام موارد درخواستی تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی (به فارسی): نام و نام خانوادگی (به انگلیسی):

کد ملی: تاریخ نمونه گیری:

تاریخ تولد شناسنامه ای: تاریخ تولد واقعی:

نوع بارداری: تک قلو دوقلو سایر: هفته بارداری: روز بارداری:

گروه خونی: وزن مادر:

بارداری مادر به کدام روش بوده است: دارو ICSI (میکرو) IVF IUI طبیعی سایر:

در صورت استفاده از روش IVF یا ICSI، آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟ خیر بله

سن اهدا کننده تخمک در زمان اهدا: ، تاریخ تخمک گیری: ، تاریخ انتقال تخمک:

آیا مادر در همین بارداری، قبلا تست غربالگری انجام داده است؟ خیر بله

در صورت بله، نوع تست و نتیجه آن چه بوده است؟ High risk Intermediate Low risk

آیا مادر سابقه ابتلا به سرطان داشته است؟ خیر بله

آیا مادر در یک سال اخیر خون دریافت کرده است؟ خیر بله

نشانی محل سکونت:

شماره تماس:

علت درخواست تست:

سن بالای ۳۵ سال (تک قلو) سن بالای ۳۲ سال (دوقلو) اضطراب مادر

غربالگری سرمی غیر طبیعی یافته مثبت سونوگرافی

بارداری قبلی با ناهنجاری

لطفا توجه داشته باشید در صورت استخراج ناکافی DNA جنینی نیاز به نمونه گیری مجدد می باشد.

اطلاعات تست را مطالعه و رضایت نامه را امضاء کرده ام.

امضاء خانم باردار: