

### پرسشنامه آزمایش های غربالگری سلامت جنین

نام و نام خانوادگی:	کدملی:	شماره پذیرش:
تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	سن:	شماره تماس پزشک معالج:
نوع آزمایش:	نام پزشک:	
<input type="checkbox"/> سه ماهه اول غربالگری	<input type="checkbox"/> سه ماهه دوم غربالگری	

وزن مادر در حال حاضر: .....	کیلوگرم
تاریخ نمونه گیری: ..... / ..... / .....	سن جنین در حال حاضر: روز ..... هفته .....
تاریخ انجام سونوگرافی: ..... / ..... / .....	سن جنین هنگام سونوگرافی: روز ..... هفته .....

- ❖ آیا قبلاً غربالگری انجام داده‌اید؟
- ❖ چندمین نوبت بارداری می‌باشد؟ (بارداری شامل سقط، تولد و ... می‌باشد)
- ❖ تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP): ..... / ..... / .....
- ❖ آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون (مونگولیزم) داشته‌اید؟
- ❖ آیا فرزند یا لوله عصبی باز (ONTD) و یا سایر ناهنجاری‌های کروموزومی داشته‌اید؟
- ❖ سابقه ناهنجاری متعادل کروموزومی در مادر یا پدر
- ❖ آیا از طریق لقاح مصنوعی باردار شده‌اید؟
- ❖ در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا، آیا از تخمک شخص دیگر برای این منظور استفاده شده است؟ در اینصورت تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید بفرمایید: ..... / ..... / .....
- ❖ آیا سابقه انجام آمنیوسنتز یا CVS در بارداری‌های قبلی داشته‌اید؟
- ❖ آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟
- ❖ آیا در حال حاضر سیگار مصرف می‌کنید؟
- ❖ آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟
- ❖ آیا سابقه مصرف داروی خاصی مانند داروهای حاوی HCG نظیر (Pregnyl) را دارید؟
- ❖ آیا سابقه ناباروری دارید؟
- ❖ آیا در اقوام شما یا همسرتان سابقه ابتلا به بیماری ژنتیک یا مادرزادی وجود دارد؟

نشانی دقیق محل سکونت: .....

تلفن تماس: ..... تلفن همراه: .....

از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد. به هر علتی از ذکر سن غیرواقعی خودداری نمایید.

**\* رضایت نامه انجام تست های غربالگری:**

اینجانب ..... فرزند ..... بروشور ارائه شده از جانب آزمایشگاه را مطالعه کرده و آگاهی یافته‌ام که این آزمایش یک تست غربالگری می‌باشد، با توجه به این امر که نتیجه نهایی جواب قطعی جهت تمام ناهنجاری‌های جنینی نمی‌باشد، لذا رضایت کامل داشته‌ام که آزمایش‌های درخواستی اینجانب در آزمایشگاه فروردین صورت پذیرد. همچنین سونوگرافی انجام شده مورد تایید پزشک معالج بوده و با مسئولیت اینجانب به آزمایشگاه ارائه می‌گردد.

امضاء و اثر انگشت:

نام همکار نمونه گیر:

مشخصات رادیولوژیست:		
نام و نام خانوادگی رادیولوژیست:		
آیا رادیولوژیست برای انجام NT دارای مدارک است؟		
کد رادیولوژیست و یا شماره نظام پزشکی پزشک:		
تعداد قل‌ها:		
CRL (mm):	BPD:	NT (mm):

