

کد: REC-FOR-015

فرم

EMA D
Pathobiology
Laboratory



تاریخ تدوین: 20/08/1395

پرسشنامه آزمایشهای سلامت جنین

آزمایشگاه پاتوبیولوژی عماد

صفحه: - 1 -

بازنگری:

آزمایشگاه تخصصی عماد



پرسشنامه آزمایش های سلامت جنین

(خواهشمند است اطلاعات این فرم بدقت مطالعه و جواب داده شود)

آزمایشات غربالگری سلامت جنین با توجه به سن جنین بدین شرح قابل انجام می باشد:

Double Marker (PAPP-A +Free BHCG)

قابل انجام در هفته ۱۱ بارداری تا ۱۳ هفته و ۶ روز

Triple Marker (AFP + uE3+ BHCG Titer)

قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز

Quad Marker (AFP + uE3 BHCG Titer Inhibin A)

قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز

مشخصات مراجعه کننده:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: (روز)..... / (ماه)..... / (سال)..... سن:

وزن: میزان تحصیلات: شغل: نام پزشک: شماره تلفن مطب:

اطلاعات نمونه گیری و سونوگرافی:

- تاریخ نمونه گیری: (روز)..... / (ماه)..... / (سال).....
 - تاریخ انجام سونوگرافی: (روز)..... / (ماه)..... / (سال).....
 - سن جنین در حال حاضر: (هفته)..... / (روز).....
 - تاریخ اولین روز از آخرین دوره قاعدگی (LMP): (روز)..... / (ماه)..... / (سال).....
- آیا سونوگرافی انجام داده اید: خیر بلی
- سن جنین هنگام سونوگرافی: (هفته)..... / (روز).....

سوابق بارداری های قبلی:

- تعداد بارداری: تعداد فرزند ان زنده: تعداد سقط: (خود بخودی)..... (سقط درمانی).....
- تاریخ آخرین زایمان: تعداد بارداری های غیر طبیعی: (مانند مول).....
- آیا سابقه داشتن جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری های ژنتیکی یا کروموزومی داشته اید؟ خیر بلی (نام بیماری).....
- آیا سابقه بیماری ژنتیکی یا کروموزومی در خانواده خود و همسران دارید؟ خیر بلی (نام بیماری و نسبت بیمار).....

سوابق بارداری فعلی:

- آیا بارداری شما طبیعی است؟ بلی خیر در صورت جواب منفی از چه روشی استفاده کرده اید؟ IVF سایر روش ها:
- در صورت استفاده از IVF به این سوالات جواب دهید:
- تاریخ تولد اهدا کننده تخمک: (روز)..... / (ماه)..... / (سال)..... تاریخ انجام IVF: (روز)..... / (ماه)..... / (سال).....

سایر سوابق:

- آیا در حال حاضر دختایات (سیگار و قلیان) مصرف می کنید؟ خیر بلی
- آیا مبتلا به دیابت هستید؟ خیر بلی
- آیا مبتلا به بیماری خاصی هستید؟ خیر بلی مصرف داروی خاص:

ارسالی از آزمایشگاه: کد: شماره پذیرش آزمایشگاه: تحویل گیرنده:

نشانی محل سکونت:

تلفن تماس: موبایل: نام و امضاء:

مسئول فنی

بازنگری

تایید کننده

تهیه و تنظیم