

فرم ثبت مشخصات بیمار جهت پذیرش آزمایش غربالگری

☐ Dual Marker	☐ Quadruple Marker	☐ AFP Risk	☐ Integrated test
زمان انجام آزمایش : 11w – 13w+6d	زمان انجام آزمایش : بهترین زمان : 14w – 16w+6d بعد از ۱۷ هفتگی : به درخواست پزشک ☐	رضایتنامه بیمار مبنی بر انجام آزمایش بعد از ۱۷ هفتگی (به علت تاخیر در انجام آزمایش) محل امضاء	

شماره پذیرش	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	تعداد زایمان	تعداد بارداری	تعداد قل
		/...../.....			
مصرف انسولین	مصرف دخانیات	گروه خون	آیا بارداری طبیعی است ؟	نوزاد مبتلا به نقص ژنتیکی داشته اید ؟	
☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد		☐ خیر ☐ بلی	☐ خیر ☐ بلی	☐ خیر ☐ بلی

تاریخ LMP	تاریخ سونوگرافی	سن جنین هنگام سونوگرافی	سن جنین هنگام نمونه برداری	نام سونولوژیست
...../...../.....	/...../.....	W : D:	W : D:	
CRL	BPD	NT	NB	نام پزشک معالج
وزن	تاریخ نمونه گیری (۱)	تاریخ نمونه گیری (۲)	سابقه سقط جنین	علت سقط
	/...../.....	/...../.....	دارد: ندارد:	

آیا در زایمان های قبل دچار مشکلاتی از قبیل فشار خون بالا ، تشنج ، ... شده اید ؟	☐ بله ☐ خیر
آیا در خانواده خود یا همسر سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد ؟	☐ بله ☐ خیر
نسبت با همسر: فامیل ☐ غیر فامیل ☐	

آیا به روش IVF بارداری صورت گرفته است ؟ ☐ بله ☐ خیر
 آیا از تخمک اهدایی استفاده شده است ؟ ☐ بله ☐ خیر
 تاریخ تولد اهدا کننده را بنویسید.

نوع نقص ژنتیکی نوزاد:	نمونه بردار:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:
-----------------------	--------------	------------	-------------

به اینجانب اطلاع داده شد در تاریخ...../...../..... جهت نمونه برداری مرحله دوم به آزمایشگاه مراجعه نمایم. در صورت عدم حضور کلیه عواقب ناشی از آنرا می پذیرم.

امضاء بیمار

نام و نام خانوادگی: شماره پذیرش:

تاریخ مراجعه جهت نمونه برداری دوم Integrated test:/...../.....