



پرسشنامه بررسی سلامت جنین (غربالگری سه ماهه اول)

بیمار گرامی: لطفاً برای انجام غربالگری سه ماهه اول، از هفته ۱۱ تا ۱۳ هفته و ۶ روز و برای انجام غربالگری سه ماهه دوم، از ۱۵ هفته و ۲ روز تا ۱۸ هفته مراجعه نمایید.

بیمار گرامی: پاسخ همه سوالات زیر در جواب آزمایش موثر است، لذا خواهشمند است با دقت کامل، به همه سوالات پاسخ دهید.

شماره پذیرش آزمایشگاه مرکزی:		شماره پذیرش مرکز ارجاع دهنده:		نام همکار پذیرش کننده:	
نام و نام خانوادگی خانم باردار:		نام پزشک:		وزن کنونی خانم باردار:	
تاریخ تولد خانم باردار:		تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP):		تاریخ انجام سونوگرافی غربالگری:	
تاریخ تولد خانم باردار: ۱۳..... / /		تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP): ۱۴..... / /		تاریخ نمونه گیری غربالگری: ۱۴..... / /	
تعداد فرزند:		تعداد سقط:		سن جنین هنگام سونوگرافی:	
تعداد فرزند:		تعداد سقط:		سن جنین در حال حاضر:	
آیا بارداری شما ۲ قلو است:					
بله		خیر			
آیا فرد مبتلا به سندرم داون (مونگل) در خانواده یا فامیل شما وجود دارد؟					
بله		خیر		بیمار چه نسبتی با شما دارد؟	
آیا فرد مبتلا به نقص لوله عصبی (NTD) و یا ضایعات نخاعی مادرزادی در خانواده یا فامیل شما وجود دارد؟					
بله		خیر		بیمار چه نسبتی با شما دارد؟	
آیا فرد مبتلا به بیماری زنتیکی و مادرزادی در خانواده یا فامیل شما وجود دارد؟					
بله		خیر		بیمار چه نسبتی با شما دارد؟	
آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟					
تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک و مدت زمان فریز و تاریخ انتقال:					
آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟ (آیا انسولین مصرف می کنید)					
بله		خیر		از چه مدت قبل؟	
آیا شما سیگار مصرف می کنید؟					
بله		خیر		از چه مدت قبل؟	
آیا ازدواج شما فامیلی است؟					
بله		خیر		چه نسبتی؟	
آیا سابقه انجام آمینوسنتز و یا آزمایش تشخیصی (CVS) دارید؟					
بله		خیر		تاریخ انجام و نتیجه آن؟	
آیا سابقه مصرف داروی خاص دارید؟ آیا از داروهای حاوی HCG مانند پرگنیل استفاده می کنید؟					
بله		خیر		نوع دارو و مدت مصرف؟	
آیا سابقه ناباروری دارید؟					
بله		خیر		چه مدت؟	
گروه خون شما چیست؟					
آدرس محل سکونت:					
شماره تلفن ثابت:		شماره موبایل:		شماره موبایل:	

اینجانب مورد مشاوره غربالگری قرار گرفتم و با رضایت کامل در غربالگری سه ماهه اول شرکت میکنم و صحت مطالبی که در این پرسشنامه درج نموده ام را تایید میکنم.

امضا و اثر انگشت:

لطفاً در این کادر چیزی ننویسید.

جواب سونوگرافی:		جواب آزمایش:	
.....		
NT:		PAPP-A:	
.....		Free Beta:	

ACECR-Mashhad Branch (Medical Diagnostic Center)

مرکز خدمات تخصصی تشخیص طبی، آسیب شناسی و ژنتیک جهاد دانشگاهی

شعبه مرکزی: میدان ده دی - خیابان رازی غربی

تلفن: ۳۸۵۴۰۰۰۰