

پرسشنامه غربالگری سه ماهه دوم

آزمایشگاه جهاد دانشگاهی مرکزی

لطفاً برای انجام تست های سه ماهه اول از ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز نمونه گیری انجام شود و برای سه ماهه دوم از ۱۵ هفته و ۲ روز تا ۱۸ هفته نمونه گیری انجام شود.
با توجه به تاثیر قابل توجه سن در نتیجه آزمایش از اعلام سن غیر واقعی جدا خودداری فرمایید

نام و نام خانوادگی		شماره پذیرش		نام پزشک	
تاریخ تولد		تاریخ نمونه گیری		تعداد زایمان	
وزن		تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP)		تعداد سقط	
تاریخ انجام سونوگرافی		سن جنین هنگام سونوگرافی		سن جنین در حال حاضر	
...../...../.....		روز.....هفته.....		روز.....هفته.....	
آیا تست غربالگری سه ماهه اول بارداری رادراین مرکز انجام داده اید؟					
بله					
خیر					
• آیا بارداری شما دوقولو است؟					
بله					
خیر					
• آیا سابقه تولد فرزند مبتلا به سندروم داون و یا سابقه این بیماری در فامیل درجه اول داشته اید؟					
درجه ۱					
درجه ۲					
درجه ۳					
• آیا سابقه تولد فرزند مبتلا به نقص لوله های عصبی (NTD) و یا سابقه این بیماری در فامیل درجه اول، درجه دو (پدر بزرگ مادر بزرگ) درجه سه (بستگان دور) داشته اید؟					
• آیا از طریق روش IVF باردار شده اید؟					
• تاریخ تولد شخص اهداکننده تخمک و مدت زمان فریز و تاریخ انتقال:					
بله					
خیر					
• آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟					
بله					
خیر					
• آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟					
بله					
خیر					
• نوع پرو تئین Rh در گلبول قرمز خون (گروه خون)؟					
مثبت					
منفی					
• آیا ازدواج شما فامیلی است؟					
بله					
خیر					
• آیا از داروهای حاوی ترکیبات HCG نظیر پر گنبل استفاده می کنید؟					
بله					
خیر					
• آیا سابقه مصرف داروی خاص دیگری دارید؟					
بله					
خیر					
• آیا در خانواده و یا فامیل شما سابقه بیماری های ژنتیکی و یا مادرزادی وجود دارد؟					
بله					
خیر					
• آیا سابقه ناباروری دارید؟					
بله					
خیر					
• نشانی دقیق محل سکونت					
• تلفن (با ذکر کد شهرستان)					
• موبایل ۱- -۲					
امضاء و اثر انگشت					