

KOWSAR PATHOBIOLOGY LABORATORY

پرسشنامه آزمایش غربالگری

DOUBLE O

QUAD O

INTEGRATED O

لطفا موارد ستاره دار حتما تکمیل شود:

*نام: / *نام خانوادگی: / *نام پزشک: / *گروه خون: /
*تاریخ تولد: حتما روز..... ماه..... سال..... / *وزن: / *قد:

*تاریخ انجام سونوگرافی: / / *سن جنین هنگام سونوگرافی: هفته..... روز..... / *تاریخ نمونه گیری: / / *تاریخ آخرین قاعدگی (LMP): / /

*تعداد زایمان:..... / *تعداد سقط:.....

*ایا اولین بارداری شماست Oبله Oخیر

*ایا بارداری شما دوقلو بوده Oبله Oخیر

*ایا بارداری شما به روش لقاح مصنوعی IVF بوده

*ایا در صورت لقاح مصنوعی از تخمک فرد دیگر استفاده کرده اید

*تاریخ تولد فرد اهدا کننده تخمک: / /

*تاریخ اهداء تخمک: / /

*ایا سابقه جنین با سندرم داون (مونگولیزم) داشته اید

*ایا سابقه جنین با مشکل نقص لوله عصبی OSB داشته اید

*ایا مبتلا به دیابت نوع اول(مصرف انسولین) هستید

*ایا دخانیات یا سیگار مصرف می کنید

*ایا از داروهای حاوی hCG نظیر pregnyl استفاده میکنید

*ایا قبلا به آزمایشگاه جهت انجام تست های غربالگری جنینی مراجعه کرده اید: Oبله Oخیر تاریخ مراجعه قبلی / /

با توجه به اینکه تست های جنینی صرفا تست های غربالگری بوده و دارای خطای محاسباتی می باشد. این تست ها صرفا جهت تعیین ریسک فاکتور بیماری های ژنتیک بوده نه تایید بیماری.

این تست در دو مرحله از شروع ۱۱ هفتگی تا ۱۳ هفته و شش روز و در مرحله بعد از ۱۴ هفتگی تا ۲۱ هفته ۶ روز انجام می گردد.

که بهترین زمان برای انجام تست ۱۵ تا ۱۸ هفته می باشد.

درس:.....

تلفن:.....

محل امضا متقاضی

با آگاهی کامل از موارد فوق متقاضی انجام تست می باشم: