

آزمایشگاه دکتر شریفی

نام فرد چک کننده:

شماره پذیرش:

تشخیص طبی، پاتولوژی، سیتولوژی، غربالگری سلامت جنین،
تشخیص مولکولی، ایمونوهیستوشیمی، فلوسایتومتری،
ایمونولوژی، ایمونوفلورسانس، آندروولوژی و اسپرموگرام

تاریخ: / /

رضایت نامه

اینجانب با علم و آگاهی در مورد اینکه آزمایشات سلامت جنین از نوع آزمایشات غربالگری می باشد و نتایج مثبت و منفی آنها به معنی تشخیص و یا نفی بیماری به طور ۱۰۰٪ نیست، مبادرت به انجام این آزمایش در این آزمایشگاه می نمایم.
*** سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر بسزایی دارد، از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید.**

*** پس از زایمان شما برای پیگیری سلامت نوزاد، از طرف آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد.**

امضاء و اثر انگشت

متقاضی انجام آزمایش سلامت جنین

پرسشنامه آزمایشات غربالگری سلامت جنین

۱- نژاد؟

☐ ایرانی ☐ غیرایرانی

۲- تعداد جنین ها در این بارداری؟

☐ یک قلو ☐ دو قلو

۳- آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون (مونگولیزم)، (تایید شده توسط پزشک) داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۴- در صورت مثبت بودن جواب سوال ۳، علت آن ارثی بوده است؟

☐ بلی ☐ خیر

۵- در صورت مثبت بودن جواب سوال ۳، سن مادر هنگام بارداری فوق ذکر شود؟ سال

۶- آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به N.T.D (آسیب های لوله عصبی)، (تایید شده توسط پزشک) داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۷- آیا در طی سه ماهه اول بارداری داروهای کاربامازپین و والپروئیک اسید را مصرف کرده اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۸- آیا در اوایل بارداری دچار تب شدید شده اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۹- آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱۰- در صورت مثبت بودن جواب سوال ۹، سن شخص اهدا کننده تخمک قید شود؟

روز / ماه / سال

۱۱- تاریخ انتقال تخمک را ذکر فرمایید؟

روز / ماه / سال

۱۲- در صورت فریز سلول تخم تاریخ آنرا ذکر فرمایید.

روز / ماه / سال

۱۳- آیا سابقه بیماریهای کروموزومی در فامیل های درجه یک خود دارید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱۴- آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱۵- آیا در حال حاضر سیگار مصرف میکنید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱۶- چندمین بارداری شماست؟ (شامل: زایمان، حاملگی خارج از رحمی، حاملگی پوچ، سقط و)

چند بار؟.....

۱۷- آیا سابقه سقط جنین داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر چند بار؟.....

۱۸- آیا سابقه دفع پروتئین (در ادرار) دارید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱۹- آیا سابقه افزایش فشار خون دارید؟

☐ بلی ☐ خیر

۲۰- آیا در بارداری های قبلی سابقه مسمومیت حاملگی (pre-eclampsia) داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۲۱- آیا سابقه آزمایشات غربالگری قبلی در این بارداری دارید؟

☐ بلی ☐ خیر

۲۲- آیا سابقه انجام آزمایش تشخیصی قبلی (آمیوسنتز-CVS) داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: روز / ماه / سال

سن (سال): وزن: میزان تحصیلات: شغل:

نام پزشک:

*** لطفا تاریخ تولد خود را به روز، ماه، سال بنویسید.**

تاریخ نمونه گیری: / / تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی LMP: / /

تاریخ انجام سونوگرافی: / /

با توجه به اهمیت آزمایشات غربالگری سلامت جنین حتما در موعد مقرر اعلام شده از طرف آزمایشگاه نسبت به دریافت جواب و مراجعه به پزشک خود اقدام فرمائید.

نام و امضاء

متقاضی انجام آزمایش سلامت جنین

نشانی دقیق محل سکونت:

تلفن تماس: موبایل: (در صورت مراجعه از شهرستان کد آن ذکر شود)



آزمایشگاه دکتر شریفی

www.drsharifi-lab.com