



آموزش نحوه تکمیل فرم ثبت اطلاعات مربوط به

غربالگری سندرم داون

تهیه شده در واحد آموزش آزمایشگاه مرکزی فردیس

شهریور ۹۶



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و اناتومیكال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به غربالگری سندرم داون

شماره فرم: F-SCO-23

ویرایش: B

تاریخ: ۹۴/۰۸/۲۵

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره‌وری انجام خواهد شد.

«توجه»

از کلیه آزمایشگاه‌های همکار تقاضا می‌شود که:

1. این فرم توسط پرسنل مجرب و آموزش دیده آزمایشگاه تکمیل گردد.
2. تکمیل این فرم توسط بیمار یا همراه بیمار **اکیداً ممنوع** می‌باشد.



محل الصاق لیبل پذیرش بیمار

| | | |
|-----------------|---|--|
| محل الصاق برچسب | <input type="checkbox"/> Double Marker (PAPP-A + Free BHCG) | قابل انجام در هفته ۱۰ بارداری تا ۱۳ هفته و ۶ روز (مناسب ترین زمان هفته ۱۱ بارداری) |
| | <input type="checkbox"/> Triple Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer) | قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد) |
| | <input type="checkbox"/> Quad Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer + Inhibin A) | قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد) |
| | <input type="checkbox"/> AFP | قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز |

خواهشمند است این قسمت را بر اساس درخواست پزشک و هفته بارداری بیمار مطابق با سونوگرافی تکمیل گردد.

از آنجاییکه تقریباً تمامی پزشکان با درخواست غربالگری سه ماهه دوم به صورت پنل Triple و Quad انتظار دارند که ریسک NTD هم در نمودار مشاهده کنند، پیشنهاد می گردد که حتماً مادرانی که هفته ۱۴ را تمام کرده اند و وارد هفته ۱۵ شده اند پذیرش و نمونه گیری شوند و از گرفتن نمونه های مادران که در هفته ۱۴ بارداری هستند پرهیز شود بجز مواردی که به دستور پزشک برای محاسبه ریسک NTD جنین، اعلان عدم نیاز گردد



درج نام و نام خانوادگی بیمار بر اساس کارت شناسایی معتبر الزامی است*

درج شماره پذیرش بیمار در آزمایشگاه مبدأ الزامی است

درج نام آزمایشگاه مبدأ الزامی است

مشخصات فرد آزمایش دهنده:

نام و نام خانوادگی:

شماره پذیرش:

نام آزمایشگاه ارسال کننده:

تاریخ تولد: روز ماه سال (لطفاً تاریخ تولد دقیق و حقیقی مادر ذکر شود)

تاریخ LMP: روز ماه سال (اولین روز آخرین قاعدگی پیش از بارداری)

وزن فعلی: کیلو گرم

درج تاریخ تولد به صورت دقیق و به تفکیک روز و ماه و سال الزامی است

منظور از تاریخ LMP، اولین روز از شروع آخرین قاعدگی بیمار پیش از بارداری می باشد توجه: در صورت عدم اطلاع بیمار، لطفاً درج گردد "نمی داند"

درج وزن فعلی بیمار برحسب کیلوگرم در روز نمونه گیری الزامی است

* توجه کنید که نام و نام خانوادگی بیمار در فرم و در سونوگرافی کاملاً منطبق و بر اساس کارت شناسایی بیمار باشد. در صورت عدم تطابق نام بیمار در سونوگرافی، از بیمار بخواهید تا با دستخط و امضای خویش در پایین کپی سونوگرافی تأیید نماید که این سونوگرافی مربوط به شخص خودش می باشد.



۱. در این قسمت مشخص نمایید که بارداری نوبت چندم بیمار است.

توجه: هر سقط بیمار یک بارداری محسوب می شود. مثال: چنانچه خانم بارداری سابقه یک زایمان و ۲ بار سقط را داشته باشد، این بارداری، بارداری چهارم وی محسوب می شود، بنابراین در قسمت توضیحات، سوابق بارداری های قبلی بیمار را درج نمایید.

بارداری نوبت اول بارداری نوبت (توضیحات:)

(چنانچه بارداری چندم باشد: سابقه قبلی NTD بلی خیر و یا سابقه قبلی DS بلی خیر)

در صورت مثبت بودن پاسخ یکی از دو سوال قبلی سن مادر در زمان بارداری قبلی منجر به NTD و یا DS سال بوده است.

سابقه مسمومیت حاملگی (پره اکلامپسی) در بارداری های قبلی : بلی خیر

آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید ؟ بلی خیر

۲. مشخص نمایید که بیمار در بارداری های قبلی، فرزند مبتلا به NTD (نقص لوله

عصبی در دوره جنینی) و یا DS (سابقه سندرم داون) داشته است یا خیر

در صورت عدم وقوع موارد بالا، گزینه های خیر را علامت بزنید

در صورت مثبت بودن سوال فوق، مشخص نمایید که سن مادر در زمان وقوع

بارداری مدنظر چقدر بوده است

۳. درج نمایید که بیمار در بارداری های قبلی

سابقه مسمومیت حاملگی (پره اکلامپسی یا فشار

خون بالا همراه با دفع پروتئین) داشته است یا

خیر؟

۴. مشخص نمایید که در **بارداری فعلی** بیمار

دیابت وابسته به **مصرف انسولین** دارد یا خیر؟

توجه نمایید که در مورد سندرم داون، اگر نوع سندرم مشخص است، آن را قید

نمایید (مثال مشخص نمایید که غیر ارثی، ترانس لوکاسیون ارثی و یا ... بوده است)

در مورد NTD جنین های قبلی نیز، تعداد جنین های مبتلا (یک یا بیشتر) را درج

نمایید



آیا نحوه باردار شدن شما طبیعی بوده است؟ بلی خیر

در صورت منفی بودن پاسخ سوال قبلی آیا از طریق لقاح مصنوعی IVF باردار شده اید؟ بلی خیر

در صورت انجام IVF آیا از تخمک شخص دیگری جهت این منظور استفاده نموده اید؟ بلی خیر

تاریخ تولد فرد اهدا کننده: روز ماه سال تاریخ جمع آوری تخمک: روز ماه سال

تاریخ انتقال جنین به رحم: روز ماه سال

در این قسمت مشخص نمایید که نحوه باردار شدن بیمار طبیعی بوده است یا خیر؟

و در صورت وقوع بارداری به وسیله IVF به سوالات بعدی به دقت پاسخ دهید.

توجه: بارداری به روش IUI به عنوان یک بارداری طبیعی تلقی می گردد و به هیچ وجه نباید با IVF اشتباه گرفته شود

مشخص نمایید که آیا بیمار
دخانیات استفاده می کند یا خیر؟
دخانیات شامل مصرف سیگار، قلیان
و ... می باشد.

آیا از دخانیات استفاده می نمایید؟ بلی خیر

توجه: چنانچه فرد درست تا زمان بارداری مصرف دخانیات داشته است و با وقوع بارداری آن را قطع نموده است ترجیحاً پاسخ سؤال را به صورت "بلی" درج نمایید

نام فرد تکمیل کننده فرم:

شماره تلفن جهت تماس در موارد ضروری:

درج نام فرد تکمیل کننده فرم الزامی است.
توجه: الزاماً توسط پرسنل آزمایشگاه

درج شماره تلفن بیمار الزامی است (ترجیحاً همراه)



یافته های سونوگرافیک جنین : گزارش سونوگرافی در تاریخ : اسکن شد (نام فرد اسکن کننده :

تاریخ انجام سونوگرافی : روز / ماه / سال

تعداد جنین گزارش شده : ۱ قلو ۲ قلو ۳ قلو بیشتر از ۳ قلو

سن جنین در زمان سونوگرافی : هفته و روز

تاریخ نمونه گیری خون : روز / ماه / سال

سن جنین در تاریخ نمونه گیری خون : هفته روز (لطفا در این قسمت چیزی ننویسید)

مقدار فاکتور NT : میلیمتر استخوان بینی : وجود دارد وجود ندارد BPD:..... CRL:.....

توجه : یک کپی از جدیدترین سونوگرافی جنین ضمیمه گردد و از ارسال اصل سونوگرافی خودداری فرمایید .

درج تاریخ نمونه گیری خون از بیمار الزامی است.

با توجه به تغییر ایجاد شده در پروتکل استاندارد مربوط به نحوه گزارش سونوگرافی جنین در سه ماهه اول، دقت نمایید که استخوان بینی "NB" وجود دارد یا وجود ندارد یا گزارش نشده است



| گزارش نتایج | | گزارش تکرار تست ها | | کد پذیرش قبلی بیمار (غربالگری ۳ ماهه اول): |
|--------------|--------|--------------------|--------|--|
| MS-AFP : | IU/ml | MS-AFP : | IU/ml | |
| UE3 : | ng/ml | UE3 : | ng/ml | |
| BHCG Titer : | mIU/ml | BHCG Titer : | mIU/ml | |
| Inhibin A : | pg/ml | Inhibin A : | pg/ml | نام فرد گزارش دهنده : |
| PAPP – A : | mg/L | PAPP – A : | mg/L | نمودار چاپ گردید <input type="checkbox"/> |
| Free BHCG : | ng/ml | Free BHCG : | ng/ml | تاریخ گزارش نتایج: |

لطفاً در این قسمت ها چیزی ننویسید

به غیر از کد پذیرش قبلی بیمار (غربالگری سه ماهه اول) چرا که در صورت اطلاع داشتن از این موضوع، Search در برنامه با دقت بیشتری انجام می گردد