



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و اناتومیال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به غربالگری جنین و پیگیری های مربوطه

شماره فرم: F-SCO-23
ویرایش: E
تاریخ: ۹۷/۱۲/۱۵
صفحه: ۱ از ۲

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

محل الصاق برچسب

- قابل انجام در هفته ۱۰ بارداری تا ۱۳ هفته و ۶ روز (مناسب ترین زمان هفته ۱۱ بارداری) Double Marker (PAPP-A + Free BHCG)
- قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد) Triple Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer)
- قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد) Quad Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer + Inhibin A)
- قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز AFP

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 از بارداری)

وزن فعلی: کیلو گرم

بارداری نوبت اول بارداری نوبت: (توضیحات:)

(چنانچه بارداری چندم باشد: سابقه قبلی NTD بلی خیر و یا سابقه قبلی تریزومی ۱۳، ۱۸، ۲۱ بلی خیر (نوع سابقه تریزومی:)

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

آیا نحوه باردارشدن 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:

آیا از دخانیات استفاده می نمایید؟ بلی خیر

شماره تلفن جهت تماس در موارد ضروری: نام فرد تکمیل کننده فرم:

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 (لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید)

اندازه پارامتر NT: میلیمتر، اندازه پارامتر BPD: میلیمتر، اندازه پارامتر CRL: میلیمتر

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

کد پذیرش قبلی بیمار (غربالگری ۳ ماهه اول):

گزارش نتایج

گزارش تکرار تست ها

MS-AFP : ng/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

PAPP - A : mIU/mL PAPP - A : mg/L

Free BHCG : ng/ml Free BHCG : ng/ml

نام فرد گزارش دهنده:

نمودار چاپ گردید

تاریخ گزارش نتایج: