



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)
- قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد)
- قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (ترجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد)
- قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز
- Double Marker (PAPP-A + Free BHCG)
- Triple Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer)
- Quad Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer + Inhibin A)
- 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 پیش از بارداری)

وزن فعلی: کیلو گرم

بارداری نوبت اول بارداری نوبت: (توضیحات:)

(چنانچه بارداری چندم باشد: سابقه قبلی NTD بلی خیر 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.

گزارش نتایج		گزارش تکرار تست ها		نام فرد گزارش دهنده:
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	نام فرد گزارش دهنده:
PAPP - A :	mIU/mL	PAPP - A :	mg/L	نمودار چاپ گردید <input type="checkbox"/>
Free BHCG :	ng/ml	Free BHCG :	ng/ml	تاریخ گزارش نتایج:



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و اناتومیكال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به غربالگری جنین و پیگیری های مربوطه

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

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

اطلاعات مربوط به مادر:

نام و نام خانوادگی مادر: تاریخ تولد مادر: کد پذیرش:

آیا تست های تشخیصی پس از غربالگری انجام شده است؟ خیر بله ناشناخته

تاریخ انجام روش تشخیصی:

نوع روش تشخیصی انجام شده: آمنیوسنتز اسکن و آمنیوسنتز نمونه برداری از پرزهای جفت CVS

CVS و اسکن نمونه گیری خون جنین (FBS) FBS و اسکن

اسکن برای آنومالی های جنین بقیه موارد ناشناخته

نوع بیماری تشخیص داده شده:

سندرم داون اسپاینا بیفیدا تریزومی ۱۸ تریزومی ۱۳
 میکروسفالی هیدروسفالی ناشناخته بقیه موارد با ذکر نام بیماری

نام دقیق بیماری در صورت اطلاع و نوع جهش ژنتیکی

تاریخ زایمان یا سقط جنین:

نحوه زایمان:

سزارین طبیعی القائی (زایمان بدون درد) طبیعی خود به خود (زایمان با درد طبیعی) بقیه موارد

تعداد جنین: یک قلو دو قلو

جنسیت جنین: پسر دختر بقیه موارد ناشناخته توضیح:

شرایط جنین پس از زایمان:

حاملگی خارج رحمی مرگ داخل رحمی جنین تولد جنین زنده بارداری مولار (مول) غیرباردار

Still birth Termination بقیه موارد ناشناخته

نوعی مرگ جنین و زایمان ختم بارداری به دلیل شرایط مادر

زود رس پس از ۲۰ تا ۲۸ که ممکن است با جنین زنده یا مرده

هفتگی همراه باشد

وزن نوزاد (جنین):

تست ژنتیکی کاربوتایپ بر روی جنین

Present abnormality (وضعیت غیرطبیعی جنین یا نوزاد در حال حاضر):

نام وارد کننده گزارش نتایج:



فرم رضایت نامه انجام آزمایش های غربالگری جنین

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

غربالگری در پزشکی، راهبردی است که در یک جمعیت به کار می رود تا بیماری را در افرادی که فاقد نشانه ها و علائم آن هستند شناسایی کند. غربالگری امکان مداخله و مدیریت زود هنگام را در صورت وجود بیماری فراهم کرده و در نتیجه خسارات ناشی از آن، از جمله مرگ و میر را کاهش می دهد.

تفاوت آزمایش های غربالگری با آزمایش های تشخیصی در این است که در یک تست تشخیصی معمولاً

یک نتیجه مثبت به مفهوم وجود قطعی یک بیماری و یا وضعیتی خاص است، در حالیکه هدف از انجام یک تست غربالگری، تعیین و ارزیابی میزان خطر (ریسک) وجود بیماری یا یک وضعیت خاص است.

استحضار داشته باشید که تست های غربالگری در مقایسه با تست های تشخیصی، ارزان تر بوده و انجام آن برای مادر و جنین، کم خطر (به دلیل غیرتهاجمی بودن) می باشد. از آنجائیکه آزمایش غربالگری بطور ذاتی دارای مقدار قابل توجهی خطا (البته در حد قابل قبول و استاندارد) می باشد، **لذا ممکن است نتیجه حاصل از آن قطعیت نداشته** و هرگونه ارزیابی و تصمیم گیری در این رابطه بر عهده پزشک متخصص می باشد.

اینجانب _____ ضمن مراجعه به آزمایشگاه مرکزی فردیس جهت انجام آزمایش غربالگری جنین

ضمن اطلاع داشتن از ماهیت آزمایش های غربالگری و غیرقطعی بودن نتایج آن، اعلام می دارم که مشخصات صحیح و واقعی خود را به متصدیان پذیرش و نمونه گیری ارایه نموده و در ضمن سایر اطلاعات درخواستی از جمله گزارش سونوگرافی و سوابق مرتبط با موضوع را بدون کم و کاست و مطابق واقعیت در اختیار ایشان گذاشته ام.

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی: