

لطفا فرم زیر را با دقت و به طور صحیح تکمیل نمایید و در دادن اطلاعات نهایت توجه را انجام دهید، زیرا **مسئولیت اطلاعات اشتباه صرفا به عهده بیمار است.**

در آزمایشات غربالگری احتمال ریسک ابتلا به اختلالات مادرزادی از قبیل سندروم دان، تریزومی ۱۳، تریزومی ۱۸، SLO و نقص لوله عصبی قابل بررسی می باشد در صورت گرفتن نتیجه مثبت (احتمال ریسک بالا) انجام آزمایشات تاییدی با نظر پزشک معالج انجام می شود.

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: کد ملی: شماره پذیرش:
میزان تحصیلات: تاریخ تولد (اگر سن واقعی با سن شناسنامه تفاوت دارد حتما ذکر کنید) / / ۱۳.....
گروه خون مادر: قد: وزن: نام پزشک:

تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی: / / ۱۳.....
تاریخ نمونه گیری: / / ۱۳.....
تاریخ انجام سونوگرافی: / / ۱۳.....
سن جنین در حال حاضر: W D
سن جنین در زمان سونوگرافی: W D
سن جنین در حال حاضر: W D
تعداد فرزندان: تعداد سقط: مرگ داخل رحمی: تعداد دفعات بارداری:

آیا بارداری شما دوقلو است؟ بلی خیر

آیا مبتلا به دیابت نوع اول وابسته به انسولین هستید: بلی خیر

آیا بارداری شما به روش IVF است؟ بلی خیر

در صورتی که به روش IVF باردار شده اید آیا تخمک شخص دیگری استفاده کرده اید: بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا، لطفا تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید بفرمایید: / / ۱۳.....

آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ بلی خیر

آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ بلی خیر

آیا سابقه ناباروری دارید؟ بلی خیر

آیا سابقه منگولیسیم (سندروم داون) در خانواده شما یا همسران وجود دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه بیماری عصبی جنینی در خانواده شما یا همسران وجود دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه پره اکلامپسی در خانواده شما یا همسران وجود دارد؟ بلی خیر

فرم رضایت نامه

عدم ارزش تشخیص قطعی آزمون فوق به اینجانب تفهیم گردید و با توجه به غربالگری بودن این آزمایشات، نتیجه منفی دلالت بر سلامت کامل جنین ندارد. مسئولیت تناقص و هرگونه اشتباه در ارائه اطلاعات اولیه از سوی بیمار، بر عهده خود بیمار می باشد. صحت مندرجات فرم و برگه سونوگرافی مورد تایید اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی: امضا و اثر انگشت:

آدرس و شماره تلفن: