



## پرسشنامه آزمایش های ژنتیک مرتبط با بارداری

شماره پذیرش: .....

### اطلاعات زوج (آقا)

تاریخ نمونه گیری: .....

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... سال / ماه / روز محل تولد/ قومیت: .....

کد ملی: ..... نام پدر: .....

آدرس: .....

شماره تلفن: ..... موبایل: .....

آیا سابقه بیماری ژنتیکی دارید؟ .....

آیا سابقه مصرف دارو دارید؟ نام دارو؟ .....

علت مراجعه: .....

### اطلاعات زوجه (خانم)

تاریخ نمونه گیری: .....

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... سال / ماه / روز محل تولد/ قومیت: .....

کد ملی: ..... نام پدر: .....

آیا سابقه بیماری ژنتیکی دارید؟ .....

آیا ازدواج شما فامیلی است؟

خیر  بله

نسبت: .....

آیا سابقه مصرف دارو دارید؟ نام دارو؟ .....

### سوابق بارداری (در صورت داشتن)

تعداد بارداری: ..... تعداد فرزندان زنده سالم: ..... تعداد سقط: .....

علت سقط: .....

تعداد فرزندان زنده با نقص ژنتیکی: ..... نام بیماری های ژنتیکی: .....

تعداد فرزند فوت شده با نقص ژنتیکی: ..... علت و نام بیماری: .....

### اطلاعات بارداری فعلی (در صورت باردار بودن)

تاریخ نمونه گیری: .....

هفته بارداری در حال حاضر: ..... / ..... روز / هفته

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): ..... / ..... / ..... سال / ماه / روز

تاریخ سونوگرافی: ..... / ..... / ..... سال / ماه / روز

هفته بارداری هنگام سونوگرافی: ..... / ..... روز / هفته

وجود اشکالات ساختمانی در سونوگرافی: .....

### اطلاعات محصولات سقط

چندمین بارداری: ..... محصول این سقط در هفته چندم بوده است: .....

تاریخ و ساعت سقط: ..... محل نگهدارنده: .....

علت سقط: .....

اینجانب ..... فرزند ..... ضمن اطلاع از هزینه آزمایش، رضایت کامل خود را جهت انجام آزمایش

اعلام میدارم و چنانچه آزمایش نیاز به تکرار و نمونه گیری یا انجام تست تکمیلی داشته باشد نسبت به پرداخت هزینه های لازم با آزمایشگاه

همکاری خواهم کرد.

امضاء