



FTS     TRIPLE     QUAD     SEQUENTIAL     FULL INTEG     AFP

آیا بیمار در همین بارداری قبل از تست غربالگری انجام داده است؟  بله  خیر

اگر بله، آیا آن جواب مربوط به آزمایشگاه آزادی بوده است؟  بله  خیر

لطفاً کلیه پرسش های زیر را بدقت خوانده و بصورت دقیق و صحیح جواب دهید. بعلاوه فرم رضایت‌نامه (صفحه دوم) را نیز حتماً تکمیل و امضاء نمایید!

نام پدر:

۱- نام و نام خانوادگی (به فارسی):

۲- نام و نام خانوادگی (به انگلیسی):

۳- تاریخ تولد شناسنامه ای:

۴- میزان تحمیلات:

۵- گروه خون:

۶- نام پزشک:

سن واقعی:

تاریخ تولد واقعی:

/ /

وزن فعلی: (کیلوگرم)

(سانتی متر) قد:

تلفن مطب:

۱۱- تاریخ انجام سونوگرافی:

/ /

۱۲- سن جنین در روز انجام سونوگرافی: ..... روز + ..... هفته

/ /

۱۳- سن جنین در حال حاضر: ..... روز + ..... هفته

۷- تاریخ تکمیل پرسشنامه = تاریخ خونگیری:

/ /

۸- تاریخ اولین روز از آخرین قاعده:

۹- آیا به تاریخ قاعده‌گی خود اطمینان داردید؟

۱۰- آیا قاعده‌گی شما در شش ماه گذشته منظم بوده است؟  بله  خیر

۱۴- آیا این اولین بارداری شماست؟

۱۵- در بارداری قبلی یا فعلی کدامیک از این علائم را داشته اید یا دارید؟

۱۶- بارداری فعلی شما چند قلو است؟

۱۷- آیا خودتان قبل از جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون داشته اید؟

۱۸- آیا خودتان قبل از جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری یا بیماری مادرزادی دیگری داشته اید؟  بله  خیر

۱۹- آیا سابقه ناباروری دارید؟

۲۰- آیا در این بارداری بصورت طبیعی باردار شده اید؟

### توجه: در صورتی که به صورت طبیعی باردار شده اید، به پرسش های ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴ پاسخ ندهید!

۲۱- بارداری فعلی شما، به کمک کدام روش صورت گرفته است؟

IUI  ICSI  IVF  سایر  دارو

۲۲- در صورت استفاده از روش ICSI یا IVF، آیا شما با عنوان اجاره دهنده رحم باردار شده اید؟

بله  خیر

۲۳- در صورت استفاده از روش ICSI یا IVF، آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟

بله  خیر

۲۴- تاریخ تهیه تخمک از خودتان یا فرد اهدا کننده و نیز تاریخ انتقال آن؟

تاریخ انتقال: ..... روز ..... ماه ..... سال ..... تاریخ تهیه تخمک: ..... روز ..... ماه ..... سال .....

۲۵- آیا در حال حاضر به دیابت وابسته به انسولین (نوع یک، IDDM) مبتلا هستید؟

۲۶- آیا در طول بارداری فعلی خود سیگار، قلیان و یا کلاً دخانیات مصرف کرده یا میکنید؟

۲۷- آیا از داروهای حاوی ترکیبات hCG (مانند PREGNYL) استفاده میکنید؟

۲۸- آیا سابقه مصرف داروهای دیگری را به ویژه در ماه های اخیر داشته اید؟

۲۹- آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟

۳۰- آیا خود یا همسرتان ناهنجاری متعدد کروموزومی دارید؟

۳۱- آیا در فامیل شما یا همسرتان بیماری ژنتیکی یا مادرزادی وجود دارد؟

۳۲- در بارداری فعلی یا قبلی کدامیک از تست های روپرو را روپرو داده اید؟

توجه: از آنجاییکه سن خانم باردار در نتیجه آزمایش غربالگری تاثیر زیادی دارد، حتماً سن دقیق و واقعی ایشان را در فرم بنویسید!

اینچنانچه: با ملیت:  ایرانی  غیر ایرانی (.....)، نژاد:  سفید  زرد  سیاه  غیرفارس (.....)

موافقت خود را جهت انجام پروتکل فوق توسط آزمایشگاه آزادی به عنوان آزمایشگاه مبدأ اعلام می دارم. با علم بر اینکه آزمایشگاه مبدأ تأثیر را بر ترجمه و تفسیر خواهد نمود و متعهد می گردد که نتایج با توجه به قوانین و مقررات در اختیار بیمار گذاشته شود. همچنین اعلام می دارم تمام سوال های موجود در پرسشنامه را به دقت مطالعه کرده و به درستی پاسخ داده ام.

اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربالگری بوده و تشخیصی نمی باشد، و درک می کنم که تمامی جنین های مبتلا به اختلالات کروموزومی نامبرده در فوق، ممکن است توسط این پروتکل ها قابل شناسایی نباشند.

تذکر مهم: حدوداً ۱۲-۱۲ ماه بعد از این تاریخ، صرفاً برای تکمیل پرونده (یعنی اطلاع از سراجام بارداری و وضعیت سلامت نوزادتان) از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد. لطفاً این نکته را با خاطر بسپارید تا در آن زمان دچار نگرانی نشوید!

تلفن ثابت برای تماس ضروری (کد شهرستان): .....

نشانی محل سکونت شما (با ذکر نام شهر): .....

ایمیل (درصورت وجود): .....