

توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۰ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است

نام: تاریخ تولد: روز / ماه / سال سن: کد ملی: موبایل: نام پزشک:

میزان تحصیلات: شغل: تلفن:

نشانی محل سکونت:

تاریخ روز نمونه گیری روز / ماه / سال تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی روز / ماه / سال آیا سونوگرافی انجام داده اید؟ بلی خیر

تاریخ انجام سونوگرافی روز / ماه / سال سن جنین هنگام سونوگرافی روز / ماه / سال سن جنین در حال حاضر روز / ماه / سال + هفته

بارداری فعلی

وزن قبل از بارداری (کیلوگرم) قد (سانتیمتر) وزن فعلی (کیلوگرم)

تعداد جنین در این بارداری تک قلو دو قلو دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است

آیا تا به حال برای تست های غربالگری به این آزمایشگاه مراجعه کرده اید؟ بلی خیر

آیا این اولین بارداری شماست؟ بلی خیر

آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین (نوع ۱) هستید؟ بلی خیر

آیا سیگار مصرف می کنید؟ چه تعداد در روز؟ بلی خیر

آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب بالا تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید کنید: روز / ماه / سال

آیا مبتلا به بیماری تیروئیدی هستید؟ چه بیماری بلی خیر

گروه خون

سوابق بارداری

تعداد بارداری های بیشتر از ۲۴ هفته (ماه پنجم): تعداد بارداری: تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده: تعداد سقط: تعداد زایمان زودرس (زایمان قبل از هفته ۳۷):

تعداد سزارین: تاریخ آخرین زایمان: روز / ماه / سال

آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین بعد از ۲۰ هفته داشته اید؟ بلی خیر

آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین قبل از ۲۰ هفته داشته اید؟ بلی خیر

آیا سابقه دیابت بارداری در بارداری های قبلی داشته اید؟ بلی خیر

آیا قبلاً جنین یا نوزاد مبتلا به سندرم داون (تریزومی ۲۱) داشته اید؟ بلی خیر

آیا قبلاً جنین یا نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی داشته اید؟ بلی خیر

آیا در خانواده شما سابقه وجود جنین یا نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی وجود داشته است؟ بلی خیر

آیا فشار خون بالا در بارداری های قبلی داشته اید؟ بلی خیر

آیا نوزاد با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم داشته اید؟ بلی خیر

آیا نوزاد با وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم داشته اید؟ بلی خیر

وزن بچه قبلی: (کیلوگرم) ۱ درجه ۲ درجه ۳ درجه

اینجانب با آگاهی از اینکه این آزمایش قادر به شناسایی ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد بیماری می باشد و همچنین در بعضی اوقات (۵٪ موارد) ممکن است جواب مثبت کاذب داشته باشد موافقت خود را اعلام می دارم.

امضاء

لطفاً توجه فرمایید:

- پس از زایمان، برای اطلاع از سلامت نوزاد از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد.
 - از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید
- لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید:

ارسالی از: شماره پذیرش آزمایشگاه مبدا: تاریخ ارسال: روز / ماه / سال کد آزمایشگاه

AFP: T21 Risk:
 Ue3: NTD Risk:
 HCG: T18 Risk:
 P18: SLOD Risk:

تحويل گیرنده: **BMI**