

پرسشنامه آزمایش های غربالگری بارداری

با توجه به تاثیر قابل توجه سن و اطلاعات شما در نتیجه آزمایش از اعلام سن و اطلاعات غیر واقعی خودداری فرمایید

روز/ماه/سال	تاریخ تولد مادر جنین	تعداد زایمان (بدون احتساب فعلی)	تعداد بارداری (با احتساب فعلی)	تعداد سقط	شماره پذیرش
روز/ماه/سال	تاریخ انجام سونوگرافی	تعداد جنین کیلوگرم	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی	نام و نام خانوادگی
روز/ماه/سال	تاریخ نمونه گیری آزمایش	هفته و روز بارداری	نام پزشک	تاریخ تکمیل پرسشنامه	سن
روز/ماه/سال	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی	بلی	خیر	بلی	وزن
					آیا بارداری شما دو قلو است
					آیا مبتلا به دیابت هستید (نوع یک ، نوع دو و یا دیابت بارداری)
					در صورت مبتلا بودن به یکی از انواع دیابت ، آیا انسولین مصرف می کنید
مدت زمان مصرف:					آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید
تاریخ تولد اهداکننده:					آیا از طریق روش لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید
					آیا در بارداری های قبلی، جنین و یا تولد فرزند مبتلا به سندروم داون(عقب ماندگی ذهنی) داشته اید
نسبت:					آیا سابقه تولد فرزند مبتلا به نقص لوله های عصبی(NTD)در خانواده یا فامیل نزدیک و دور داشته اید
					آیا سابقه فشار خون بارداری و یا مسمومیت بارداری داشته اید
در صورت مصرف داروهای مرتبط با بارداری (HCG و ...) نام دارو و آخرین نوبت تزریق را یادداشت فرمایید:					
نشانی دقیق محل سکونت:					
تلفن همراه:			تلفن(با کد شهرستان):		
اطلاع دارم که این آزمایش صرفا جهت غربالگری بوده و جنبه تشخیصی ندارد در صورت نیاز آزمایش های تشخیصی را انجام خواهم داد. امضاء					
همچنین متعهد می شوم که پرسشنامه را با کمال دقت تکمیل نموده و عواقب ناشی از عدم اطلاع رسانی دقیق برعهده خودم می باشد.					
لطفا در این قسمت اطلاعاتی وارد نفرمایید					
PAPP-A		AFP		نام و امضاء کنترل کننده مدارک	
Free BHCG		UE3			
NT		BHCG.T			
NB		Inhibin A			