



آزمایشگاه پاتوبیولوژی پیشگامان

FIRST TRIMESTER COMBINED SCREENING TEST

توجه: این آزمایش فقط از هفته ۱۱ تا ۱۳ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است!

نام و نام خانوادگی: نام پزشک معالج: تلفن مطب: شماره پذیرش:
تاریخ تولد: سن: نژاد: میزان تحصیلات: شغل:
روز / ماه / سال

تاریخ نمونه گیری:
روز / ماه / سال
آیا سونوگرافی انجام داده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
تاریخ انجام سونوگرافی قبلی:
روز / ماه / سال
سن جنین هنگام سونوگرافی قبلی: هفته
سن جنین در حال حاضر: هفته
تاریخ انجام سونوگرافی NT:
روز / ماه / سال
وزن مادر در حال حاضر: قد:
تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی:
روز / ماه / سال

تعداد زایمان قبلی: تعداد سقط:
آیا بارداری شما دوقلو است؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون (مونگولیزم) داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت مثبت بودن جواب سؤال بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت مثبت بودن جواب سؤال بالا تاریخ تولد شخص اهداکننده تخمک را قید کنید:
روز / ماه / سال
آیا مبتلا به دیابت هستید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا از داروهای حاوی ترکیبات HCG نظیر PREGNYL استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا سابقه مصرف داروی خاص دیگری را دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا سابقه ناباروری دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی
آیا در فامیل شما و یا همسران سابقه ابتلا به بیماری های ژنتیکی یا مادرزادی وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی
سابقه فشار خون در فامیل درجه یک: ☐ خیر ☐ بلی
سابقه کدملیک از این بیماری ها را دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی
یک تخمک ☐ دو تخمک ☐
تاریخ تخمک گیری:
تاریخ انتقال:
چه مدت؟
چه تعداد؟
نسبت فامیلی را ذکر کنید:
تاریخ آخرین نوبت تزریق:
چه دارویی؟ چه مدت؟
چه نوع بیماری هایی؟
تیرونید ☐ دیابت ☐ فشار خون ☐ کم خونی ☐ صرع ☐

نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن تماس: (۱) (۲) (۳)
(در صورت مراجعه از شهرستان کد آن را ذکر کنید)
اینجانب، تکمیل کننده این پرسشنامه، با علم به اینکه تستهای غربالگری قدرت تشخیص تمام موارد سندرم داون و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارند و در بعضی موارد نیز نتایج مثبت کاذب به همراه دارند، خواستار انجام این تست غربالگری برای خود و یا همسر می باشم.
لطفاً توجه فرمایید:
پس از زایمان شما، برای اطلاع از سلامت نوزاد از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد.
از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تأثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید!

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

FBHCG : T21 Risk : ارسالی از :
PAPP-A : T18 Risk : BMI : Delivery @
CRL : T13 Risk : Leptin :
NT :