

توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته 11 تا پایان هفته 13 بارداری قابل انجام و دارای ارزش است!

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: ____/____/____ سن: _____ میزان تحصیلات: _____
 کدملی: _____ شغل: _____ نشانی محل سکونت: _____
 تلفن: _____ موبایل: _____ نام پزشک معالج: _____

تاریخ روز نمونه گیری:/...../..... تاریخ اولین روز و آخرین روز قاعدگی:/...../..... آیا سونوگرافی انجام داده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر ☐

تاریخ انجام سونوگرافی:/...../..... سن جنین هنگام سونوگرافی: + سن جنین در حال حاضر: +

وزن قبل از بارداری: _____ کیلوگرم قد: _____ وزن فعلی: _____ کیلوگرم

تعداد جنین در این بارداری : تک قلو | دو قلو | دوقلویی که یک قل از بین رفته است |

- آیا اولین بارداری شماست ؟ بله ☐ خیر ☐
- آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین (نوع 1) هستید ؟ بله ☐ خیر ☐
- آیا سیگار مصرف می کنید؟ در صورت جواب مثبت چه تعداد در روز؟ بله ☐ خیر ☐
- آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟ بله ☐ خیر ☐
- در صورت مثبت بودن جواب بالا در چه تاریخی انجام شده است ؟ بله ☐ خیر ☐
- در صورت مثبت بودن جواب بالا آیا از نخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- در صورت مثبت بودن جواب بالا تاریخ دقیق تولد شخص اهدا کننده نخمک را قید کنید: روز ماه سال

تعداد بارداری: تعداد بارداری های بیشتر از 42 هفته (ماه پنجم): تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده:

تعداد سقط: تعداد زایمان زودرس (زایمان قبل از هفته 13): تعداد سزارین: تاریخ آخرین زایمان:

- آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین بعد از 40 هفته داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین قبل از 40 هفته داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا سابقه دیابت بارداری در بارداری های قبلی داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا قبلاً جنین یا نوزاد مبتلا به سندرم داون (تریزومی 21) داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا فشار خون بالا در بارداری های قبلی داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا نوزاد با وزن بیشتر از 2.5 کیلوگرم داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- آیا نوزاد با وزن بیشتر از 4 کیلوگرم داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اینجانب با آگاهی از اینکه تست های غربالگری قدرت تشخیص تمام موارد سندرم داون و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارد و در بعضی موارد نتایج مثبت کاذب به همراه دارند. خواستار انجام این تست غربالگری می باشم.

خویش تمایل به انجام تست سلامت جنین یا سونوگرافی کنونی را داشته و عواقب آن برعهده اینجانب می باشد. امضا

علیرغم تقاضای آزمایشگاه برای انجام سونوگرافی در زمان منطبق با تست درخواست شده، اینجانب به درخواست

لطفاً توجه فرمایید: از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تأثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید.