

کد: WPE-SCF-06-04		برگه جمع آوری نمونه: پرسشنامه آزمایش‌های بررسی سلامت جنین (Specimen/Sample Collection Form: Fetal Health Screening Test)	آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک رصد
تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۱۴	تعداد صفحه: ۱		

نام و نام خانوادگی:	تاریخ نمونه‌گیری: / /	تاریخ تولد: / /
وزن: کیلوگرم	ملیت:	نام پدر:
شماره تماس ثابت:	شماره تماس همراه:	نام پزشک:
شماره تماس تلفن پزشک:		

تاریخ انجام سونوگرافی: / / (حداکثر ۲ هفته قبل از انجام آزمایش)
سن جنین در هنگام سونوگرافی: هفته و روز
سن جنین در هنگام نمونه‌گیری: هفته و روز
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): / /

(۱) آیا اولین بارداری شماست؟ ☐ بلی ☐ خیر	تعداد زایمان قبلی:
(۲) آیا سابقه سقط جنین دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر	تعداد سقط: تاریخ آخرین سقط: / /
(۳) آیا بارداری شما چندقلو است؟ ☐ بلی ☐ خیر	تعداد زایمان قبلی:
(۴) آیا در بارداری قبلی فرزند یا جنین مبتلا به سندرم داون (مونگولیزم) داشته‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر	
(۶) بارداری شما به چه شکلی بوده است؟ ☐ طبیعی ☐ لقاح مصنوعی یا IVF ☐ سایر روش‌ها:	
(۷) اگر از طریق لقاح مصنوعی (IVF) با تخمک خود باردار شده‌اید، اطلاعات زیر را تکمیل کنید. تاریخ فریز تخمک: / / تاریخ انتقال تخمک: / /	
(۸) اگر از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده‌اید، آیا تخمک فرد دیگری استفاده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	
تاریخ تولد اهداکننده تخمک: / / تاریخ فریز تخمک: / / تاریخ انتقال تخمک: / /	
***نکته: در صورت استفاده از IVF در بارداری، به سن بارداری از تاریخ انتقال تخمک ۱۸ روز اضافه می‌شود.	
(۹) آیا در حال حاضر سیگار استفاده می‌کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر (چه تعداد در روز:)	
(۱۰) آیا مبتلا به دیابت وابسته انسولین هستید انسولین تزریق می‌کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر	
(۱۱) آیا از داروهای حاوی ترکیبات hCG مثل Pregnyl استفاده می‌کنید؟ ☐ بلی (تاریخ آخرین نوبت تزریق:) ☐ خیر	

اینجانب نسبت به اینکه این آزمایش، غربالگری است و امکان نتایج مثبت یا منفی کاذب در آن وجود دارد، آگاهی دارم.
امضا و اثر انگشت