

## برگه اطلاعات آزمایشات غربالگری سلامت جنین

پس از زایمان شما. برای اطلاع از سلامت نوزاد از سوی آزمایشگاه با شما تماس گرفته خواهد شد. لطفا توجه فرمایید:  
از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد. به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید.

پروتوکل غربالگری درخواست شده: ☐ Combined Screen(Double Marker) ☐ Serum Integrated ☐ NTD Screen ☐ Sequential Screen

☐ Triple Marker ☐ Quadruple Marker ☐ Penta Screen Software Ordinal Number

شماره پذیرش در آزمایشگاه پارسه: ..... شماره پذیرش در آزمایشگاه مبداء: ..... ارسالی از آزمایشگاه: ..... نام پزشک: .....

شماره تماس پزشک: .....

نام و نام خانوادگی خانم باردار: ..... تاریخ تولد خانم باردار: ..... ۱۳ / / سن:  سال Rh خانم باردار: ☐ مثبت ☐ منفی

تاریخ نمونه گیری: سه ماه اول  ۱۴ / / سه ماه دوم  ۱۴ / / EDD:  ۱۴ / /

وزن خانم باردار هنگام نمونه گیری: سه ماه اول  سه ماه دوم  ملیت: ..... نژاد: ۱-فارسی ☐ ۲-آذری ☐ ۳-لر ☐ ۴-کرد ☐ ۵-بلوچ ☐

۶-ترکمن ☐ ۷-عرب ☐ ۸-گیلکی ☐ ۹-مازنی ☐ دیگر: .....

آیا قبلا برای همین نوبت بارداری در این مرکز آزمایش غربالگری سلامت جنین انجام داده اید؟ ☐ خیر ☐ بله تاریخ انجام  ۱۴ / / شماره پذیرش:

تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP):  ۱۴ / / سن بارداری بر اساس LMP در روز نمونه گیری: ..... هفته ..... روز

تاریخ آخرین سونوگرافی:  ۱۴ / / سن بارداری بر اساس سونوگرافی: ..... هفته ..... روز

نام سونوگرافست: .....

تعداد قل ها در این بارداری: ..... دفعات بارداری (Gravida): ..... دفعات زایمان (Para): ..... دفعات سقط (ab): .....

علت سقط: .....

آیا قبل از بارداری سابقه کیست تخمدان داشته اید؟

آیا قبل از بارداری سابقه فیبروم داشته اید؟

سابقه داشتن جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون:

سابقه داشتن جنین یا فرزند مبتلا به نقص لوله عصبی:

سابقه ناهنجاری متعادل کروموزومی در یکی از زوجین

سابقه دیابت وابسته به انسولین در خانم باردار:

سابقه مصرف سیگار در خانم باردار:

سابقه انجام آزمایشات تشخیصی قبلی (CVS یا آمنیو سنتز)

آیا بارداری از طریق لقاح مصنوعی (IVF) بوده است؟

در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا آیا از تخمک

شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟

در صورت مثبت بودن جواب سوال بالا تاریخ تولد شخص اهداء کننده تخمک را قید کنید.  ۱۳ / /

آیا از داروهای حاوی ترکیبات HCG نظیر PREGNYL استفاده می کنید؟

آیا سابقه مصرف داروی خاص دیگری را دارید؟

کدامیک از این علائم رادر بارداری قبلی داشته اید؟ فشار خون بالا (بیش از ۱۴/۹) ☐ دفع پروتئین از ادرار ☐

آیا در خانواده شما سابقه مسمومیت حاملگی (افزایش فشار خون و

دفع پروتئین در ادرار در هفته های آخر بارداری) وجود داشته است؟

☐ بله ☐ خیر ☐ نمی دانم

آخرین فشار خون مادر (بر حسب میلیمتر جیوه): فشار خون ماکزیمم: ..... فشار خون مینیمم: .....

امضاء و اثر انگشت

تاریخ: .....



تلفن منزل: .....

تلفن محل کار: .....

تلفن همراه: .....

نشانی دقیق: شهر.....خیابان.....کوچه.....پلاک.....

طبقه.....واحد.....

اطلاعات سونوگرافی جنین: Femur:\_\_\_mm CRL:\_\_\_mm BPD:\_\_\_mm Nuchal Translucency:\_\_\_mm HC:\_\_\_mm

Nasal Bone: ☐ Non Black

☐ Black

☐ نامشخص

☐ خیر

☐ بله

آیا در سونوگرافی Anencephalopathy رد شده است؟

| AFP | تاریخ | uE3 | تاریخ | hcG | تاریخ | Inhibin A | تاریخ | Free BhcG | تاریخ | PAPP-A | تاریخ | ITA | تاریخ |           |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|-----|-------|-----------|
|     |       |     |       |     |       |           |       |           |       |        |       |     |       | نتیجه تست |
|     |       |     |       |     |       |           |       |           |       |        |       |     |       | MOM       |

☐ Age Risk: .....

☐ Down Syndrome: .....

☐ NTD or OSB: .....

☐ Trisomy18: .....

☐ SLOS: .....

☐ Pre - eclampsia Risk: .....

☐ گزارش شد طبیعی

☐ گزارش شد غیر طبیعی

☐ تکرار شود

### مشخصات پروتکل های مختلف غربالگری در حال انجام

| Sequential Screen                            | Full Integrated Screen                       | Serum Integrated Screen                      | First Trimester Combined Screen | Triple Screen   | Quad Screen          | نام پروتکل / مشخصات                                           |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| %۹۲-۹۵                                       | %۹۲-۹۵                                       | %۸۵-۸۷                                       | %۸۴-۸۶                          | %۶۷             | %۷۷-۸۰               | نرخ تشخیص سندروم داون                                         |
| %۹۰                                          | %۹۰                                          | %۹۰                                          | %۸۰                             | %۷۰             | %۸۰                  | نرخ تشخیص تریزومی ۱۸                                          |
| %۸۰                                          | %۸۰                                          | %۸۰                                          | ---                             | %۸۰             | %۸۰                  | نرخ تشخیص NTDs                                                |
| ۱۲ در ۱                                      | ۲۱ در ۱                                      | ۲۲ در ۱                                      | ۲۳ در ۱                         | ۵۰ در ۱         | ۳۳ در ۱              | احتمال وجود سندروم داون در صورت مثبت شدن نتیجه آزمون غربالگری |
| NT , PAPP-A, FBHCG<br>AFP , HCG , uE3, DIA   | NT , PAPP-A, AFP , HCG<br>uE3, DIA           | PAPP-A, AFP , HCG<br>uE3 , DIA               | NT , PAPP-A<br>FBHCG            | AFP , HCG , uE3 | AFP , HCG , uE3, DIA | مارکهای اندازه گیری شده                                       |
| ۱۳+۶ الی ۱۱+۰<br>۲۲+۶ الی ۱۴+۰               | ۱۳+۶ الی ۱۱+۰<br>۲۲+۶ الی ۱۴+۰               | ۱۳+۶ الی ۱۱+۰<br>۲۲+۶ الی ۱۴+۰               | ۱۳+۶ الی ۱۱+۰                   | ۲۲+۶ الی ۱۴+۰   | ۲۲+۶ الی ۱۴+۰        | محدوده زمانی قابل انجام                                       |
| هفته ۱۲<br>(جواب در مرحله اول ارائه نمی شود) | هفته ۱۲<br>(جواب در مرحله اول ارائه نمی شود) | هفته ۱۲<br>(جواب در مرحله اول ارائه نمی شود) | هفته ۱۲                         | هفته ۱۵         | هفته ۱۵              | بهترین زمان ارجاع بیمار به آزمایشگاه                          |

### توضیحات:

اینجانب.....فرزند.....باتوجه به جدول بالا دریافتیم که نتایج غیر طبیعی تستهای غربالگری الزاما به معنی ابتلاء جنین به بیماریها نبوده و نیاز به پیگیری

توسط پزشک مربوطه و احتمالا نیاز به انجام آزمایشات تکمیلی دارد و نیز نتیجه طبیعی تستهای غربالگری نیز به معنی تضمین سلامت کامل جنین نمی باشد.

امضاء و اثر انگشت .....تاریخ.....