



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و اناتومیكال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به غربالگری سندرم داون

شماره فرم: F-SCO-23
ویرایش: B
تاریخ: ۹۴/۰۸/۲۵

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.

- قابل انجام در هفته ۱۰ بارداری تا ۱۳ هفته و ۶ روز (مناسب ترین زمان هفته ۱۱ بارداری)
- قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (توجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد)
- قابل انجام در هفته ۱۴ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز (توجیحاً هفته ۱۵ بارداری به بعد)
- قابل انجام در هفته ۱۵ بارداری تا ۲۲ هفته و ۶ روز
- Double Marker (PAPP-A + Free BHCG)
- Triple Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer)
- Quad Marker (AFP + uE3 + BHCG Titer + Inhibin A)
- AFP

محل الصاق برچسب

مشخصات فرد آزمایش دهنده:

نام و نام خانوادگی: شماره پذیرش: نام آزمایشگاه ارسال کننده:

تاریخ تولد: روز: ماه: سال: (لطفاً تاریخ تولد دقیق و حقیقی مادر ذکر شود)

تاریخ LMP: روز: ماه: سال: (اولین روز آخرین قاعدگی پیش از بارداری)

وزن فعلی: کیلو گرم

بارداری نوبت اول بارداری نوبت: (توضیحات:)

(چنانچه بارداری چندم باشد: سابقه قبلی NTD بلی خیر سابقه قبلی DS بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ یکی از دو سوال قبلی سن مادر در زمان بارداری قبلی منجر به NTD و یا DS سال بوده است.

سابقه مسمومیت حاملگی (پره اکلامپسی) در بارداری های قبلی: بلی خیر

آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین هستید؟ بلی خیر

آیا نحوه باردارشدن شما طبیعی بوده است؟ بلی خیر

در صورت منفی بودن پاسخ سوال قبلی آیا از طریق لقاح مصنوعی IVF باردار شده اید؟ بلی خیر

در صورت انجام IVF آیا از تخمک شخص دیگری جهت این منظور استفاده نموده اید؟ بلی خیر

تاریخ تولد فرد اهدا کننده: روز: ماه: سال: تاریخ جمع آوری تخمک: روز: ماه: سال:

تاریخ انتقال جنین به رحم: روز: ماه: سال:

آیا از دخانیات استفاده می نمایید؟ بلی خیر

شماره تلفن جهت تماس در موارد ضروری: نام فرد تکمیل کننده فرم:

یافته های سونوگرافیک جنین: گزارش سونوگرافی در تاریخ: اسکن شد (نام فرد اسکن کننده:)

تاریخ انجام سونوگرافی: روز: ماه: سال:

تعداد جنین گزارش شده: ۱ قلو ۲ قلو ۳ قلو بیشتر از ۳ قلو

سن جنین در زمان سونوگرافی: هفته و روز

تاریخ نمونه گیری خون: روز: ماه: سال:

سن جنین در تاریخ نمونه گیری خون: هفته: روز (لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید)

مقدار فاکتور NT: میلیمتر: استخوان بینی: وجود دارد وجود ندارد CRL: BPD:

توجه: یک کپی از جدیدترین سونوگرافی جنین ضمیمه گردد و از ارسال اصل سونوگرافی خودداری فرمایید.

گزارش نتایج		گزارش تکرار تست ها		نام فرد گزارش دهنده:
MS-AFP :	IU/ml	MS-AFP :	IU/ml	
UE3 :	ng/ml	UE3 :	ng/ml	
BHCG Titer :	mIU/ml	BHCG Titer :	mIU/ml	نمودار چاپ گردید <input type="checkbox"/>
Inhibin A :	pg/ml	Inhibin A :	pg/ml	
PAPP - A :	mg/L	PAPP - A :	mg/L	تاریخ گزارش نتایج:
Free BHCG :	ng/ml	Free BHCG :	ng/ml	