

غربالگری سه ماهه دوم (Quad Marker)

توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۵ تا پایان هفته ۱۸ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است
لطفا توجه فرمایید: از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تأثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید.

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد:/...../..... 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 ۱) 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؟
- در صورت مثبت بودن جواب بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن جواب بالا تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید کنید: روز ماه سال

تعداد بارداری: تعداد بارداری های بیشتر از ۴۲ هفته (ماه پنجم به بعد): تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده:
تعداد سقط: تعداد زایمان زودرس (زایمان قبل از هفته ۱۳): تعداد سزارین: تاریخ آخرین زایمان:/...../.....

- آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین بعد از ۴۰ هفته داشته اید؟ بله خیر
- آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین قبل از ۴۰ 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 (تربزومی) ۲۱ داشته اید؟ بله خیر
- آیا فشار خون بالا در بارداری های قبلی داشته اید؟ بله خیر
- آیا نوزاد با وزن کمتر از ۲.۵ کیلوگرم داشته اید؟ بله خیر
- آیا نوزاد با وزن بیشتر از ۴ 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.
علیرغم تقاضای آزمایشگاه برای انجام سونوگرافی در زمان منطبق با تست درخواست شده، اینجانب به درخواست خویش تمایل به انجام تست سلامت جنین با سونوگرافی کنونی را داشته و عواقب آن برعهده اینجانب می باشد. امضا
اینجانب با آگاهی از بالاتر بودن سن بارداری خود نسبت به قوانین انجام آزمایش غربالگری سه ماهه دوم در آزمایشگاه و براساس درخواست پزشک معالج تمایل به انجام آزمایش دارم. امضا