

فرم ثبت اطلاعات غربالگری مادران باردار

چک لیست مدارک :

□ فرم پذیرش و رضایت نامه □ سونوگرافی سه ماهه اول بارداری □ کپی کارت ملی / شناسنامه مادر باردار یا اهدا کننده تخمک

تاریخ پذیرش: ۱۴...../...../..... تاریخ نمونه گیری: ۱۴...../...../..... شماره پذیرش:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ دقیق تولد:/...../..... سن:

وزن فعلی: گروه خونی: تحصیلات: تلفن ثابت:

تلفن همراه: آدرس:

نام پزشک: شماره تلفن پزشک:

نوع آزمایش: Duoble Triple Quad Integrated AFP

تاریخ سونوگرافی: ۱۴...../...../..... تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: ۱۴...../...../..... آیا به تاریخ قاعدگی اطمینان

دارید؟ بلی خیر سن جنین در تاریخ سونوگرافی: هفته و روز

سن جنین در حال حاضر: هفته و روز نحوه بارداری: دارو طبیعی IVF

در صورت انجام IVF یا کاشت (سلول تخم حاصل از لقاح خارجی) به سوالات زیر پاسخ دهید:

آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟ بلی خیر

تاریخ تولد دقیق دهنده تخمک:/...../..... تاریخ تهیه تخمک:/...../..... تاریخ انتقال تخمک:/...../.....

آیا اولین بارداری شماست؟ بلی خیر تعداد زایمان قبلی:

بارداری شما چند قلو است؟ یک قلو دو قلو

آیا پیش از این جنین و یا فرزند مبتلا به سندروم داون داشته اید؟ بلی خیر

آیا پیش از این جنین و یا فرزند مبتلا به ناهنجاری کروموزومی داشته اید؟ بلی خیر نوع بیماری:

آیا سابقه ناباروری دارید؟ چه مدت: بلی خیر

آیا سابقه سقط داشته اید؟ بلی خیر تعداد سقط: علت سقط:

آیا سابقه مسمومیت بارداری دارید؟ بلی خیر

در حال حاضر انسولین مصرف می کنید؟ بلی خیر

آیا در طول بارداری سیگار و دخانیات مصرف می کنید؟ بلی خیر

آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟ بلی خیر

آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ بلی خیر

آیا در اقوام خود یا همسر سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد؟ بلی خیر

نسبت:

- ❖ با توجه به اهمیت سن در نتیجه آزمایش غربالگری سلامت جنین، به هرعلتی از ذکر سن غیر واقعی، مادر باردار و دهنده تخمک جدا خودداری فرمایید. (کپی کارت ملی یا صفحه اول شناسنامه الزامی است)
- ❖ توصیه می شود فاصله بین نمونه گیری و سونوگرافی بیش از ۷۲ ساعت نباشد.

تست غربالگری چیست؟ تست های غربالگری بارداری مجموعه ای از بررسی های سونوگرافی جنین و آزمایش خون است که در چند مرحله با هدف ارزیابی سلامت جنین از نظر ابتلا به بیماری هایی مانند سندرم داون (تریزومی ۲۱)، سندروم ادوارد (تریزومی ۱۸)، سندروم پاتو (تریزومی ۱۳) و برخی نقائص ژنتیکی و ناهنجاری های جنینی در ماه های مختلف بارداری انجام می گیرد. لازم به ذکر است که احتمال بروز این سندرم ها به شدت به سن مادر بستگی دارد. نتیجه مثبت بررسی های اولیه، فقط به معنی آن است که فرد کاندید انجام تست های تشخیصی (مانند CVS و یا آمینوسنتز) و یا غربالگری دقیق تری (مانند NIPT) می باشد. تست غربالگری بارداری کاملا ایمن بوده و هیچگونه خطر و ریسک آسیب به جنین و سقط همراه ندارد .

آزمون غربالگری سه ماهه اول (First Trimester Screening) از ابتدای هفته ۱۱ تا انتهای هفته ۱۳

این تست غربالگری از دو سری مارکرها بیوشیمیایی خون و بررسی های سونوگرافیک استفاده نموده و می تواند ۸۵ % جنین های مبتلا به سندرم داون را تشخیص دهد و در ۳% موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد. در این غربالگری ریسک تریزومی های ۱۳، ۱۸ و ۲۱ محاسبه می گردد.

آزمون غربالگری سه ماهه دوم (Quad Marker): از ابتدای هفته ۱۴ تا انتهای هفته ۲۲

بهترین زمان انجام این تست غربالگری از ابتدای هفته ۱۵ تا ابتدای هفته ۱۷ می باشد که ۸۰% جنین های مبتلا به سندرم داون را تشخیص می دهد و در ۵ % موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد. در این غربالگری ریسک تریزومی های ۱۸ و ۲۱ و اختلالات طناب عصبی در جنین بررسی می شود.

آزمون غربالگری ترکیبی سه ماهه اول و دوم (Sequential or Integrated) :

ترکیب پروتکل های سه ماهه اول و دوم و تعیین یک ریسک واحد میباشد. این تست ۹۵% جنین های مبتلا به سندرم داون را تشخیص می دهد و در ۳ % موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

اینجانب صحت تمامی اطلاعات ارائه شده در فرم فوق را تأیید می نمایم. از آنجایی که این اطلاعات بر روی نتایج نهایی آزمایش تأثیرگذار می باشد، لذا آزمایشگاه هیچ گونه مسئولیتی در قبال اطلاعات ناقص یا خلاف واقع ندارد. همچنین اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربالگری بوده و تشخیصی نمی باشد و درک می کنم که تمامی جنین های مبتلا به اختلالات کروموزومی نامبرده ممکن است توسط این پروتکل ها قابل شناسایی نباشند. به علاوه از امکانات و محدودیت های نهفته در این روش از طریق بخش اطلاع رسانی به بیمار، مطلع شده ام.

امضا و اثر انگشت

تاریخ

نام و نام خانوادگی