

بسمه تعالی

فرم نمونه جهت بررسی مایع آمنیون و پرز جفتی

فرستنده:	کد:	تلفن:
استان:	شهر:	شماره پرونده:
		تاریخ:

به منظور انجام خدمت بهتر خواهشمند است همراه با ارسال مایع آمنیون و پرز جفتی، فرم زیر را تکمیل فرمایید

پزشک درخواست کننده (و نظام پزشکی): آزمایش درخواستی:

نام: نام خانوادگی: کد ملی (الزامی است): جنسیت:

تاریخ تولد مادر: /..... /..... گروه خون: محل تولد:

نسبت فامیلی زوجین: تاریخ ازدواج: /..... /.....

سن بارداری در تاریخ نمونه برداری بر حسب سونوگرافی: هفته و روز

تاریخ آخرین قاعدگی: /..... /..... تاریخ نمونه گیری: /..... /.....

بارداری دوقلو: بله خیر

سابقه بارداری های قبلی: سابقه سقط، مرگ داخل رحم، مرگ فرزند در بارداریها (سقط به مواردی اطلاق میشود که کمتر از ۲۰ هفته از بارداری

گذشته باشد. مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق میشود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد)

تعداد دفعات حاملگی: تعداد دفعات زایمان: تعداد سقط: تعداد مرگ داخل رحم: بچه های زنده: بچه های فوت شده:

علت مراجعه

سن بالای مادر

اگر تست های غربالگری انجام شده است مقدار ریسک و نوع تست ذکر شود. در صورت سونوگرافی مختل، کپی سونوگرافی ضمیمه شود

سابقه فرزند با اختلال کروموزومی (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است شماره پذیرش ذکر شود

اختلال کروموزومی در زوجین (نوع اختلال و نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی قید شود و در صورتی که در مرکز ما انجام شده است شماره پذیرش ذکر شود)

علل دیگر توضیح داده شود

شجره نامه رسم شود: