

توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۱ تا پایان هفته ۱۳ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است. ☐ FTS
توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۱ تا پایان هفته ۱۳ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است. ☐ 1T Quad
توجه: این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۴ تا پایان هفته ۱۶ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است. ☐ Quad Marker

نام خانوادگی: تاریخ تولد: روز / ماه / سال سن: کد ملی:
میزان تحصیلات: شغل: تلفن: موبایل:
نشانی محل سکونت: نام پزشک:

تاریخ روز نمونه گیری: روز / ماه / سال تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی: روز / ماه / سال
تاریخ انجام سونوگرافی: روز / ماه / سال سن جنین هنگام سونوگرافی: روز + هفته سن جنین در حال حاضر: روز + هفته
عدد NT: عدد CRL: گروه خون:
آیا در این بارداری آزمایش غربالگری دیگری انجام داده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر در کدام آزمایشگاه: نتیجه:

بارداری فعلی

• وزن قبل از بارداری: (کیلوگرم) قد: (سانتیمتر) وزن فعلی: (کیلوگرم)
• تعداد جنین در این بارداری: ☐ تک قلو ☐ دو قلو ☐ دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است
• آیا این اولین بارداری شماست؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین (نوع ۱) هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا سیگار مصرف می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه تعداد در روز؟
• آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر تاریخ لقاح تخمک و اسپرم: روز / ماه / سال
• در صورت مثبت بودن جواب بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر تاریخ انتقال: روز / ماه / سال
• در صورت مثبت بودن جواب بالا تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید کنید: روز / ماه / سال
• آیا مبتلا به بیماری تیروئیدی هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه بیماری:
• آیا سابقه بیماری ژنتیکی در خانواده دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر توضیحات:

سوابق بارداری

تعداد بارداری های بیشتر از ۲۴ هفته (ماه پنجم): تعداد بارداری:
تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده: تعداد سقط: تعداد زایمان زودرس (زایمان قبل از هفته ۳۷):
تعداد سزارین: تاریخ آخرین زایمان: روز / ماه / سال
• آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین بعد از ۲۰ هفته داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا سابقه مرگ داخل رحمی جنین قبل از ۲۰ هفته داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا سابقه دیابت بارداری در بارداری های قبلی داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا قبلاً جنین و یا نوزاد مبتلا به سندروم داون (تريزومی ۲۱) یا دارای سایر ناهنجاریهای ژنتیکی داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر چه بیماری:
• آیا فشار خون بالا در بارداری های قبلی داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
• آیا نوزاد با وزن کمتر از ۲/۵ و بیشتر از ۴ کیلوگرم داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر وزن بچه قبلی: (کیلوگرم)

اینجانب با آگاهی از اینکه این آزمایش قادر به شناسایی تمامی موارد بیماری نمی باشد و همچنین در بعضی اوقات (۵٪ موارد) ممکن است جواب مثبت کاذب داشته باشد موافقت خود را با انجام آن اعلام می دارم.
امضاء

در صورت انجام تست در سه ماهه دوم

اینجانب با آگاهی کامل از اینکه در بازه بیشتر از سن حاملگی مورد تایید انجمن غربالگری ایران (پایان هفته ۱۶) هستم، تمایل خود را مبنی بر انجام تست سه ماهه دوم اعلام می دارم.
امضاء

• در صورت مغایرت هفته بارداری اعلام شده در فرم با سونوگرافی ارائه شده به آزمایشگاه ملاک محاسبه، سن بارداری سونوگرافی می باشد.
• از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیر واقعی خودداری فرمایید. (کپی کارت ملی الزامی است)
لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید:

ارسالی از: شماره پذیرش آزمایشگاه مبداء: تاریخ ارسال: روز / ماه / سال کد آزمایشگاه:

PAPP-A: NT: T21 Risk:
fBHCg: MAP: T18 Risk:
Total HCG: DIA: T13 Risk:
AFP: PLGF: NTD risk:
UE3:

تحويل گیرنده:

فرم رضایت نامه انجام پروتکل های غربالگری قبل از تولد

● تریزومی چیست؟

تریزومی وضعیتی است که در آن تعداد نسخه های کروموزوم مورد نظر به جای ۲، سه عدد می باشد.

● **تریزومی ۲۱:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۲۱ است و موجب سندروم داون می گردد. کودکان مبتلا ممکن است دچار عقب ماندگی خفیف تا متوسط، نقایص قلبی و دیگر مشکلات باشند. احتمال بروز سندروم داون ۱ در هر ۷۴۰ زایمان منجر به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم به شدت به سن مادر بستگی دارد).

● **تریزومی ۱۸:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۱۸ بوده و موجب سندروم ادوارد می گردد. این سندروم با میزان بالایی از سقط همراه است. کودکان مبتلا به این سندروم ممکن است دچار بیماریهای شدید بوده و زنده نمانند (تنها تعداد بسیار کمی از آنها تا یک سالگی زنده می مانند). احتمال بروز سندروم ادوارد ۱ در هر ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم نیز به شدت به سن مادر بستگی دارد).

● **تریزومی ۱۳:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۱۳ بوده و موجب سندروم پاتو می گردد. همانند تریزومی ۱۸ احتمال سقط این جنین ها بالاست. کودکان مبتلا به این سندروم معمولاً از مشکلات شدید قلبی و دیگر مسائیل رنج می برند و به ندرت تا یک سالگی زنده می مانند. احتمال سندروم پاتو ۱ در ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (و به شدت به سن مادر بستگی دارد).

● رضایت نامه انجام پروتکل های غربالگری قبل از تولد

پروتکل های غربالگری شامل تست غربالگری سه ماهه اول ترکیبی (Combined Test)، غربالگری سه ماهه دوم (کواد مارکر) و پروتکل های ترکیبی سه ماه اول و دوم (سکوئینشیال و یا انتگریتد) مجموعه تست هایی می باشند که برای تعیین ریسک (= احتمال) وجود برخی اختلالات کروموزومی در جنین مانند تریزومی ۲۱، تریزومی ۱۸، تریزومی ۱۳ و یک سری اختلالات دیگر نظیر اختلالات طناب عصبی (NTDs) و یا دیواره شکمی انجام می شوند.

● **آزمون غربالگری سه ماه اول (FTS):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۱ (۱۱+۰) تا انتهای هفته ۱۳ (۱۳+۶) قابل انجام بوده و به طور همزمان از دوسری مارکر های بیوشیمیایی خون و سونوگرافیک (معروف به سونوی NT) استفاده نموده و بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۹۰٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۱۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

● **آزمون غربالگری سه ماهه دوم (Quad Marker):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۴ (۱۴+۰) تا انتهای هفته ۱۹ (۱۹+۶) قابل انجام بوده، ولی بهترین زمان انجام آن از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا ابتدای هفته ۱۷ (۱۷+۰) می باشد. تست فوق فقط شامل اندازه گیری مارکر های بیوشیمیایی خون بوده و از داده های سونو گرافیک فقط برای تعیین سن جنین استفاده می شود. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۸۰٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۲۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

● **اختلالات طناب عصبی یا (NTDs):** احتمال بروز اختلال طناب عصبی، یک در هر ۱۵۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است و شامل مواردی مانند مننژوسل، میلو مننژوسل و آنسفالای می باشد.

● **آزمون غربالگری ترکیبی سه ماه اول و دوم (Sequential or Integrated):** ترکیب پروتکل های سه ماه اول و دوم و تعیین یک ریسک واحد می باشد. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می گیرد. این تست ۹۵٪ جنین های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می دهد (منفی کاذب = ۵٪) و در ۳٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

● **هزینه:** هزینه های پروتکل های فوق بر مبنای آخرین تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و دریافت می گردد.

● **تفسیر تست:** مثبت شدن نتیجه تست غربالگری به معنی ابتلا جنین به اختلالات مورد اشاره نمی باشد و فقط به معنی آن است که در فرد کاندید انجام تست های تشخیصی (مانند CVS و یا آمنیوسنتز) و یا غربالگری دقیق تری (مانند NIPT) می باشد.

اینجانب..... با ملیت ☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی (.....)

نژاد ☐ سفید ☐ سیاه ☐ زرد و قومیت ☐ فارس ☐ غیر فارس (.....) موافقت خود را جهت انجام پروتکل

فوق توسط آزمایشگاه مانا به عنوان آزمایشگاه مبدا اعلام میدارم. با علم بر اینکه آزمایشگاه مبدا نتایج را ترجمه و تفسیر خواهد نمود و متعهد می گردد که نتایج با توجه به قوانین و مقررات در اختیار بیمار گذاشته شود. همچنین اعلام می دارم تمام سوالات موجود در پرسشنامه را به دقت مطالعه و به درستی پاسخ داده ام. اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربالگری بوده و تشخیصی نمی باشد و درک میکنم که تمامی جنین های مبتلا به اختلالات کروموزومی نامبرده، ممکن است توسط این پروتکل ها قابل شناسایی نباشند.

اینجانب از امکانات و محدودیت های نهفته در این روشها از طریق بخش اطلاع رسانی به بیمار مطلع شده ام و موارد مربوط به من خاطر نشان شده است.