

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پزشکی نانو

پرسشنامه آزمایش غربالگری سلامت جنین

شماره پذیرش: تعیین نوع آزمایش: غربالگری مرحله اول مرحله دوم

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	ترکیبی
گروه خونی:	کد ملی:	ملیت:	
وزن:	نام پزشک:	شغل:	
تاریخ انجام سونوگرافی:	/ /	سن جنین هنگام سونوگرافی:	هفته روز
تاریخ انجام نمونه گیری:	/ /	سن جنین هنگام نمونه گیری:	هفته روز
تاریخ LMP:	/ /		
آیا اولین بارداری شماست: بلی	خیر	تعدادزایمان:	تعداد سقط:
آیا بارداری شما دوقلوسست: بلی	خیر		
آیا بارداری شما به روش لقاح مصنوعی (IVF) است:			
آیا از تخمک فرد دیگری استفاده کرده اید: بلی	خیر	تاریخ تولد فرد اهدا کننده:	/ /
LMP فرد اهدا کننده:	/ /		
تاریخ انتقال تخمک:	/ /		
آیا سابقه مونگولیس (سندرم داون) در خانواده شما و همسرتان وجود دارد: بلی	خیر	نسبت با جنین	
آیا سابقه نقص لوله عصبی در خانواده شما و همسرتان وجود دارد: بلی	خیر	نسبت با جنین	
آیا سابقه ناباروری داشتید: بلی	خیر		
آیا ازدواج شما فامیلی است: بلی	خیر		
آیا مبتلا به دیابت نوع اول و وابسته به انسولین هستید: بلی	خیر		
آیا در حال حاضر سیگار استفاده میکنید: بلی	خیر		
آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید: بلی	خیر		
آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید: بلی	خیر		
آیا سابقه آمینوسنتز داشتید: بلی	خیر		
آیا قبلا به این آزمایشگاه بابت بررسی سلامت جنین مراجعه کرده اید:		تاریخ مراجعه قبلی:	/ /

نشانی و تلفن منزل: