

شماره پرونده:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: محل تولد: جنسیت:
نسبت فامیلی زوجین: تاریخ ازدواج:
پزشک ارجاع دهنده: مرکز ارجاع دهنده:
شماره همراه: شماره ثابت:
آدرس:

وضعیت بارداری فعلی:

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

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

بارداری چندقلویی: خیر بله تعداد قل ها:

علت درخواست پزشک:

تست های غربالگری سه ماهه اول / دوم انجام شده است و بنابر نتایج، پزشک درخواست این بررسی را داده است.

نوع تست: مقدار ریسک:

در بررسی سونوگرافی ریسک جنین مربوط به ناهنجاری های کروموزومی بالا گزارش شده است.

نوع ناهنجاری گزارش شده: مقدار گزارش شده (برای مثال NT):

تست غیرتهاجمی DNA جنین (NIPT) با گزارش high risk.

ناهنجاری کروموزومی با ریسک بالا: آزمایشگاه انجام دهنده:

سن بالای مادر

سابقه فرزند با اختلال کروموزومی:

نوع اختلال: نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی:

اختلال کروموزومی در زوجین:

نوع اختلال: نام مرکز انجام دهنده مطالعه کروموزومی:

علل دیگر توضیح داده شود:

سوابق بارداری های قبلی:

سابقه سقط یا مرگ داخل رحمی به صورت خودبه خودی (در اینجا سقط به ختم بارداری به صورت خود به خود در سن کمتر از ۲۰ هفته و مرگ داخل رحمی به مواردی با بیش از ۲۰ هفته اطلاق می گردد):

تعداد دفعات حاملگی: تعداد دفعات زایمان: تعداد سقط:

تعداد مرگ داخل رحمی: تعداد بچه های زنده: تعداد بچه های فوت شده:

رضایت نامه:

صحت تمامی اطلاعات ارائه شده در این فرم را اینجانب تأیید می نمایم. از آنجائیکه ممکن است این اطلاعات بر روی نتایج نهایی آزمایش تأثیرگذار باشد، لذا آزمایشگاه مسئولیتی در قبال اطلاعات ناقص یا خلاف واقع ندارد. آگاهی دارم هر آزمایشی دارای خطای مثبت و منفی کاذب استاندارد می باشد و هیچ آزمایشی قطعیت صددرصد ندارد. آگاهی دارم که مدت زمان اعلام شده انجام آزمایش تقریبی می باشد و گاه با توجه به پیچیدگی آزمایشات ژنتیک، این زمان افزایش می یابد. آزمایشگاه هیچ گونه مسئولیتی در قبال اخذ مجوز ختم بارداری ندارد.

بدین وسیله با آگاهی کامل رضایت خود و برائت آزمایشگاه را نسبت به انجام کاربوتایپ بر روی نمونه مایع آمنیون در خودم / همسرم اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء و اثر انگشت:

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء و اثر انگشت: