

| اطلاعات بیمار | | اطلاعات بیمارستان | |
|---|--|--|--|
| نام بیمار | | | |
| تاریخ تولد | | نام پزشک درخواست کننده | |
| - | | تلفن پزشک معالج | |
| اطلاعات کلینیک | | | |
| هفته بارداری | | وزن / قد | |
| تاریخ سونوگرافی | | IVF | |
| تاریخ نمونه گیری | | چند قلوی | |
| تاریخ پذیرش نمونه | | تخمک اهدایی | |
| | | تاریخ تولد شخص اهدا کننده | |
| اطلاعات تست | | علت درخواست تست | |
| تریزومی ۲۱ و ۱۸ و ۱۳ - سندروم داون - سندروم ادواردز - سندروم پاتاو بررسی اختلالات کروموزومی جنسی این تست می تواند از هفته ۱۰ به بعد انجام گردد | | <input type="checkbox"/> سن بالای ۳۵ سال در زمان تولد بچه <input type="checkbox"/> NT بالاتر از ۲ mm و کمتر از ۳,۵ <input type="checkbox"/> اگر تست غربالگری مثبت می باشد <input type="checkbox"/> مادر با سابقه قبلی سندروم دان ، ادواردز یا پاتاو باشد <input type="checkbox"/> اگر تست های تهاجمی مثل آمنیوسنتز و پرزهای جنینی خطرناک می باشد <input type="checkbox"/> مادر نسبت به تست های تهاجمی احساس خوبی ندارد <input type="checkbox"/> موارد دیگر به تشخیص متخصص <input type="checkbox"/> به درخواست مادر <input type="checkbox"/> اگر اطلاعات بالینی دیگری وجود دارد قید بفرمایید. | |

| اطلاعات ضروری برای بیمار |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> من محدودیت های تست NIPT را می دانم که شامل: این تست فقط کروموزوم های ۲۱ ، ۱۳ و ۱۸ را آنالیز می کند و شامل ناهنجاری های کروموزوم های دیگر نمی شود. اگر چه میزان دقت تست ۹۹٪ هست این تست تشخیصی نمی باشد. من تفاوت بین این تست و تست های تهاجمی آمنیوسنتز و پرزهای جنینی را می دانم من می دانم که ممکن است به دلیل پایین بودن میزان DNA جنین و یا غیر قابل تشخیص بودن نتایج نیاز به تکرار باشد من می دانم اگر نتیجه این تست میزان بالای خطر ناهنجاری کروموزومی را نشان دهد حتما باید تست تاییدی به روش آمنیوسنتز و یا پرز های جنینی را انجام دهم. |

RE-F-10-00

امضاء بیمار

امضاء پزشک