**نام ونام خانوادگی: شماره پذیرش: نام پزشک:**

**تاریخ تولد: ...../...../......13 وزن: kg .........**

**تاریخ نمونه گیری: ........./........./1398**

|  |
| --- |
| **تاریخ شروع آخرین قاعدگی: ........../........../ .............. گروه خونی:**  **تاریخ انجام سونوگرافی: ......../........./ 1398 NT: CRL:**  **سن بارداری زمان انجام سونوگرافی: ........روز...........هفته سن بارداری در حال حاضر:......روز.........هفته**  **تعداد بارداری: تعداد زایمان موفق: تعداد سقط:** **تاریخ زایمان**: |



|  |
| --- |
| **آیا بارداری شما دو قلوست؟ بلی □ خیر □**  **آیا سیگار مصرف می کنید ؟ بلی □ خیر □**  **آیا میتلا به دیابت هستید؟ بلی □ خیر □**  **آیا ازدواج شما فامیلی است؟ بلی □ خیر □**  **آیا بارداری شما طبیعی است؟ بلی □ خیر □**  **آیا به روش لقاح مصنوعی باردار شده اید؟ بلی □ خیر □**  **در صورت مثبت بودن سوال فوق آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ بلی □ خیر □**  **درز صورت مثبت بودن سوال فوق تاریخ تولد شخص اهدا کننده تخمک را قید فرمائید: ......../....../........13**  **در چه تاریخی لقاح انجام گرفته است: ......../....../........13**  **آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ نام دارو:**  **آیا سابقه جنین یا فرزند مبتلا به سندرم داون (مونگولیسم) دارید؟ بلی □ خیر □**  **آیا فرد مبتلا به سندرم داون – هموفیلی- تالاسمی مینور در بستگان درجه 1 دارید؟ بلی □ خیر □**  **سابقه بیماری های زمینه ای فشارخون□ ناراحتی قلبی□ دیابت □ :** |

**نشانی دقیق منزل:**

**تلفن ثابت: تلفن همراه: امضاء و اثر انگشت:**

درصورت نیاز به تکرار نمونه گیری یا ناقص بودن موارد فوق با شما تماس گرفته خواهد شد.

**این قسمت توسط آزمایشگاه پر می­شود**:

**PAPP –A:**

**Free β HCG:**

**NT:**

**T21: Age risk:**

**T18: pre eclam:**

**T13:**

**Slos:**

**NTD:**

**AFP:**

**UE3:**

**HCG:**

**InhibinA:**