



## فرم آزمایش تعیین جنسیت جنین

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / .....

تاریخ انجام نمونه گیری: ..... / ..... / ..... سن جنین در زمان نمونه گیری : هفته : ..... روز: .....

تاریخ انجام سونوگرافی: ..... / ..... / ..... سن جنین در زمان انجام سونوگرافی : هفته : ..... روز: .....

تعداد قل ها در بارداری: ..... تعداد دفعات بارداری: ..... تعداد دفعات زایمان: ..... تعداد دفعات سقط: .....

علت سقط: ..... آیا بارداری از طریق IVF بوده است ؟ .....

در صورتی که بارداری از طریق IVF بوده جنسیت جنین را گزارش دهید : .....

خواهشمند است کپی سونوگرافی حتما ضمیمه برگه پرسشنامه گردد ( لازم به ذکر است در برگه سونوگرافی باید نام بیمار، تاریخ سونوگرافی، سن بارداری، تک قلو بودن و نام پزشک به صورت خوانا درج شده باشد.)

لازم به ذکر است، این تست تنها بر روی بارداری های تک قلو انجام می شود.

ترجیها محل نمونه گیری در دست بیمار کاملا با آب و مابون شسته شود، سپس خشک و با الکل تمیز گردد. خونگیری حتما توسط نمونه گیر خانم انجام میگردد.

تست تعیین جنسیت با روش TaqMan Real Time PCR انجام میگردد و با توجه به ماهیت تست که با جداسازی و شناسایی Cell Free DNA جنین در خون مادر انجام می شود امکان تکرار وجود دارد و در صورت نیاز نمونه گیری مجدد انجام می شود.

ترجیحاتست بر روی خانم باردار بین هفته ۸-۱۳ حاملگی انجام میگردد. خطاهای احتمالی ناشی از سن بارداری بیش از ۱۳ هفتگی مجدد انجام می شود.

صحت این تست در زمان بارداری کمتر از ۱۰ هفتگی ۸۵-۸۰٪ و بیش از ۱۰ هفتگی ۹۰٪ می باشد. خطاهای ناشی از انجام این تست با توجه به پروتکل های معتبر در پایگاه های علمی دنیا اجتناب ناپذیر است.  
این آزمایش صرفه یک تست تشخیصی می باشد و نمی بایست تمهیدات و اقدامات مخاطره آمیز پزشکی نظیر سقط جنین در پی آن صورت گیرد.

اینجانب ..... با کد ملی ..... تمامی موارد فوق را مطالعه نموده و با علم به این موضوع که تست ۱۰-۲۰٪ خطا دارد، حاضر به انجام این تست می باشم.

تاریخ و امضاء