

پرسشنامه آزمایشات غربالگری مادران باردار

این قسمت توسط آزمایشگاه پر میشود.

Fr-04-05-01

شماره پذیرش:/...../..... تعیین نوع آزمایش: <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> Integrated <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Double	تاریخ انجام نمونه گیری در آزمایشگاه:/...../.....
--	--

این قسمت توسط مادر باردار پر شود (لطفا به بطور صحیح و کامل پر گردد).

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد دقیق مادر باردار (سن واقعی):/...../..... وزن فعلی: نام پزشک: گروه خونی: شماره تلفن مطب:	میزان تحصیلات: سن جنین در حال حاضر: بارداری فعلی شما چند قلو می باشد: <input type="checkbox"/> یک قلو <input type="checkbox"/> دو قلو
---	---

تاریخ انجام سونوگرافی: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): آیا به تاریخ LMP اطمینان دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر سن جنین در انجام سونوگرافی: سن جنین در حال حاضر: بارداری فعلی شما چند قلو می باشد: <input type="checkbox"/> یک قلو <input type="checkbox"/> دو قلو نحوه بارداری فعلی شما به کدام روش می باشد؟ طبیعی <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> سایر: در صورت انجام IVF و یا کاشت (سلول تخم حاصل از لقاح خارجی) به سوالات زیر پاسخ دهید: آیا اهدا کننده تخمک داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر تاریخ تولد دقیق دهنده تخمک: تاریخ تهیه تخمک: تاریخ انتقال تخمک:	آیا اولین بارداری شماست؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر تعداد زایمان قبلی: آیا سابقه ناباروری داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر چه مدت: آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا قبلا جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری کروموزومی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نوع بیماری: آیا تا به حال سابقه سقط داشته اید: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر تعداد سقط؟ علت سقط؟ سابقه مسمومیت بارداری: <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم
---	--

آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نسبت فامیلی: آیا در فامیل شما و یا همسران سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نوع بیماری:	آیا در حال حاضر انسولین مصرف میکنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر میزان مصرف: آیا در طول بارداری سیگار و یا دخانیات مصرف میکنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام دارو:
---	--

آیا در همین بارداری قبلا نیز به این آزمایشگاه مراجعه کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
--

❖ از آنجا که سن در نتیجه آزمایش غربالگری سلامت جنین تأثیر زیادی دارد حتما سن دقیق و واقعی مادر باردار و دهنده تخمک در فرم نوشته شود.

• اینجانب تکمیل کننده این پرسشنامه با آگاهی از اینکه تست های غربالگری قدرت تشخیص ۱۰۰٪ سندرم داون و سایر اختلالات ژنتیکی را ندارد و با توجه به اینکه در برخی موارد نیز نتایج مثبت و منفی کاذب می باشند، خواهان انجام این تست برای خود و یا همسر خویش هستم.

نشانی محل سکونت:
 تلفن ثابت برای تماس ضروری (کد شهرستان):
 نام و نام خانوادگی:
 امضاء:
 تلفن همراه برای تماس ضروری:

❖ در صورت عدم تطابق موارد بالا با اطلاعات واقعی مادر باردار و انجام آزمایشات غربالگری، هزینه انجام آزمایش به عهده آزمایشگاه ارجاع دهنده می باشد.

❖ پاسخ به تمامی سوالات ضروری می باشد.

مهر و امضاء آزمایشگاه ارجاع دهنده

(شرایط رد و قبول نمونه غربالگری مادران باردار)

تست DOUBEL MARKER یا (۳ ماهه اول) : (۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز)

- ۱- سونوگرافی باید حتما عدد (CRL) ۴۵mm تا ۸۴mm باشد (عدد خارج از این محدوده قابل قبول نمی باشد).
- ۲- عدد NT زیر ۰/۸ و بیشتر از ۳/۵ قابل قبول نمی باشد.
- ۳- سونوگرافی که هفته ی بارداری زیر ۱۱ هفته باشد قابل قبول نمی باشد.
- ۴- تاریخ سونوگرافی و تاریخ نمونه گیری بیشتر از ۳روز اختلاف نداشته باشد.
- ۵- اگر عدد CRL ۸۴ بود و هفته بارداری را ۱۴ هفته ذکر شده بود قابل قبول نیست .

تست Quad AFP Triple : (۱۵ هفته تا ۲۱ هفته ۶ روز)

فقط هفته بارداری مهم است و عدد NT و CRL مهم نیست .

- ۱- هفته بارداری در سونو گرافی، اول هفته CRL در نظر گرفته شود، اگر سونو عدد CRL نداشت هفته BPD را در نظر می گیریم، اگر سونو BPD نداشت هفته GA را در نظر می گیریم اگر GA در سونو نبود سونو قابل قبول نیست.
- ۲- زمان طلایی تا ۱۶ هفته و ۶روز می باشد و بیشتر از ۱۷ هفته احتیاج به رضایت نامه دارد .

تست CELL FREE DNA : (۱۱ هفته تا ۱۶ هفته و ۶روز زمان طلایی از ۱۶ هفته و ۶ روز به بعد رضایت نامه)

موارد زیر باعث رد نمونه میشود:

- ۱- بیمار نباید هپارین و آسپرین مصرف کند اگر مصرف میکند باید با مشورت پزشک ۴۸ تا ۷۲ ساعت قطع شود بعد تست انجام شود .
- ۲- نمونه در لوله Streck نباید همولیز باشد و در دمای بین ۸الی ۳۰درجه نگداری و ارسال شود .
- ۳- تزریق خون، بارداری بیش از دو قلو، پیوند عضو، وجود سرطان و وجود اختلالات کروموزومی در مادر مانند تریزومی، سقط یکی از قل ها در بارداری فعلی، ۶ هفته از سقط گذشته باشد و وزن بیشتر از ۱۰۰ کیلو مادر احتیاج به رضایت نامه دارد.
- ۴- شرایط ارسال نمونه دمای محیط می باشد.
- ۵- سن بارداری کمتر از ۱۱ هفته رد نمونه می باشد.

تست تعیین جنسیت Type Of Test : (از ۹ هفته تا ۱۳ هفته)

- ۱- از ۸ هفته قابل انجام است اما در صد خطا بالایی دارد.
- ۲- از ۹ هفته خطا ۲۰٪ می شود.
- ۳- حتما باید سونوگرافی همراه داشته باشد که نشان دهد جنین دارای ضربان قلب می باشد.
- ۴- نمونه حتماً حتماً در یخچال نگهداری شود.

موارد مورد توجه ارسال نمونه های فیلتر Whatman 903 (MS/MS , Acylcarnitin Profile, Galactose)

- ۱- مشخصات بیمار بر روی فیلتر نوشته شده باشد.
- ۲- حتماً داخل زیپ کیپ گذاشته شود و فرم مورد نیاز بیمارضمیمه شود.
- ۳- ترجیحاً در کنار نمونه از رطوبت گیر استفاده شود.
- ۴- از گذاشتن نمونه در بین یخ ها جداً خودداری گردد.

(خواهشمند است در تمامی موارد فوق حتما شماره پذیرش و مهر آزمایشگاه بر روی فرم ها قید گردد.)

(در صورت عدم تطابق موارد بالا و انجام آزمایشات غربالگری هزینه انجام آزمایش به عهده)

آزمایشگاه ارجاع دهنده می باشد)

تمامی موارد فوق خوانده شده و درباره تست در خواستی مورد تأیید می باشد.

مهر و امضاء آزمایشگاه ارجاع دهنده

فرم غربالگری مادران باردار

لطفاً جهت ارائه خدمات بهتر این مرکز موارد زیر را با دقت مطالعه فرمایید ابتدا نسخه بیمار توسط فرد پذیرش کننده چک و با آخرین سونوگرافی مطابقت داده می شود تا تست با هفته بیمار مطابقت داشته باشد. بهترین زمان طبق سونوگرافی برای انجام تست ها

Combintesst, Doubel: از ۱۱w تا ۱۳w +۶d

Triple: از ۱۵w تا ۱۶w +۶d

Quad: از ۱۵w تا ۱۶w +۶d

(Integrated) Sequen: در دو مرحله خون گیری از ۱۱w تا ۱۳w +۶d و از ۱۵w تا ۲۱w +۶d

با توجه به روز رسانی برنامه نرم افزار غربالگری الزاما انجام تست مرحله دوم و سوم از هفته ۱۵ بارداری می باشد.

توسط فرد پذیرش شونده اطلاعات موجود در پرسش نامه غربالگری به صورت دقیق پرسیده می شود.

نام و نام خانوادگی، شماره پذیرش، میزان تحصیلات، نام پزشک

وزن: علاوه بر اینکه در گروهی که باید قرار بگیرد بسیار مهم است در جواب نیز تأثیرگذار است.

تاریخ تولد و تاریخ انجام سونوگرافی و تاریخ نمونه گیری حتماً باید روز ماه و سال به صورت دقیق پرسیده شود.

درباردار تعداد جنین بسیار مهم است و برای بارداری های بیشتر از دوقلو نرم افزار توانایی رسم گراف را ندارد.

ازدواج فامیلی است یا خیر: برای اینکه اگر بیماری های ژنتیکی در خانواده وجود داشته باشد احتمال افزایش ریسک بیشتر است.

آیا بارداری به روش لقاح مصنوعی است :

دو نوع لقاح وجود دارد IVF و IUI

IUI جزء بارداری به روش لقاح مصنوعی نیست.

در لقاح مصنوعی IVF سن دهنده تخمک بسیار مهم است که در صورت اینکه تخمک اهدایی از شخص دیگری بود تاریخ تولد دهنده تخمک الزامی می باشد

آیا سیگار مصرف می کنید؟

مصرف سیگار تاثیر زیادی بر جواب غربالگری دارد.

مصرف داروی خاصی دارید؟

علاوه بر اینکه تمامی داروهای بیمار پرسیده می شود مهمترین دارو انسولین می باشد که تأثیر زیادی بر جوابهای غربالگری دارد.

آیا قبلاً جنین مبتلا به ناهنجاری کروموزومی داشته اید؟

اگر جواب بله است حتماً بررسی شود نوع ناهنجاری چه بوده و آیا بیمار از لحاظ ظاهری سندرم داون داشته یا خیر؟

سپس تمامی اطلاعات موجود یک بار دیگر توسط فرد پذیرش کننده با مادر باردار چک می شود.

توسط مسئول غربالگری دوباره مندرجات داخل فرم چک می شود و با سونو و تست درخواستی مطابقت داده می شود. از قبیل نام مادر، سن مادر، تاریخ سونو، تعداد و سن

جنین، سپس تمامی سوالاتی که توسط بیمار جواب داده شده است در صورتی که به زده شده باشد دور آن خط کشیده می شود مانند دوقلویی IDDM، IVF سیگاری

بودن سابقه فرزند سندرم دان یا NTD حین کار با نرم افزار غربالگری چنانچه در مواردی بیمار بصورت ضد و نقیض جواب داده باشد یا به صورت مبهم یک بار دیگر

بصورت تلفنی از مادر باردار توسط مسئول غربالگری پرسیده می شود. در نتیجه برای به موقع آماده شدن جوابها به طور کامل توسط خودتان چک شود.

کلیه سوالات مربوط به فرم تعیین ریسک سندرم داون ضمیمه شده باید به طور کامل پر و توسط بیمار امضاء و اثر انگشت

شود و سوالات بدون پاسخ توسط آزمایشگاه ارسال کننده در آزمایشگاه نوبل منجر به تاخیر در زمان جوابدهی می شود.

راهنمای فرم غربالگری مادران باردار

