

شماره پذیرش:/...../.....

تعیین نوع آزمایش: AFP Integrated Quad Triple Double

تاریخ انجام نمونه گیری در آزمایشگاه:/...../.....

این قسمت توسط مادر باردار پرشود (لطفاً به بطور صحیح و کامل پرگردد).

۱	نام و نام خانوادگی: میزان تحصیلات: نام پدر: کد ملی: تاریخ تولد دقیق مادر باردار (سن واقعی): روز ماه سال وزن فعلی: گروه خونی: ملیت: نژاد: نام پزشک: شماره تلفن مطب:
۲	تاریخ انجام سونوگرافی:/...../..... تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP):/...../..... آیا به تاریخ LMP اطمینان دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سن جنین در انجام سونوگرافی: هفته / روز سن جنین در حال حاضر: هفته / روز بارداری فعلی شما چند قلو می باشد: یک قلو <input type="checkbox"/> دو قلو <input type="checkbox"/> دو قلو که یک قل آن از بین رفته <input type="checkbox"/>
۳	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؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ تولد دقیق دهنده تخمک:/...../..... تاریخ تهیه تخمک:/...../..... تاریخ انتقال تخمک:/...../.....
۴	آیا اولین بارداری شماست؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد زایمان قبلی: آیا سابقه ناباروری داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه مدت: آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به سندروم داون داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا قبلاً جنین یا فرزند مبتلا به ناهنجاری کروموزومی داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع بیماری: آیا تا به حال سابقه سقط داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد سقط؟ علت سقط؟ سابقه مسمومیت بارداری: دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>
۵	آیا در حال حاضر انسولین مصرف میکنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> میزان مصرف: آیا در طول بارداری سیگار و یا دخانیات مصرف میکنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:
۶	آیا ازدواج شما فامیلی بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نسبت فامیلی: آیا در فامیل شما و یا همسرتان سابقه بیماری ژنتیکی وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع بیماری:
۷	آیا در همین بارداری قبلاً نیز به این آزمایشگاه مراجعه کرده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

❖ از آنجا که سن در نتیجه آزمایش غربالگری سلامت جنین تأثیر زیادی دارد حتماً 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):

تلفن همراه برای تماس ضروری:

❖ پاسخ به تمامی سوالات ضروری می باشد.



❖ غربالگری و آزمایش قبل از تولد

آزمایشات قبل از تولد ممکن است به زنان در دوران بارداری ارائه شود تا مشخص شود که آیا جنین احتمال تولد با یک بیماری ژنتیکی یا نقص مادرزادی را دارد یا خیر. انجام آزمایشات قبل از تولد ممکن است در تعیین گزینه های مختلف در زمان بارداری یا مدیریت خاص بارداری و زایمان، برای بهبود چشم انداز نوزاد مفید باشد. بسته به اینکه مادر در کدام سه ماهه بارداری قرار دارد همچنین نوع شرایط مورد نظر، چندین نوع آزمایش قبل از تولد در دسترس است.

همه زنان باردار، صرف نظر از سن، این امکان را دارند که آزمایشات قبل از تولد را انجام دهند. با این حال، با افزایش سن زنان، شانس داشتن نوزادی با ناهنجاری های کروموزومی افزایش می یابد، بنابراین سن مادر شایع ترین دلیل انجام آزمایشات قبل از تولد است.

❖ دلایل دیگری که ممکن است جهت انجام آزمایش قبل از تولد پیشنهاد شود، عبارتند از:

- ✓ سابقه خانوادگی یا فرزند قبلی با بیماری ژنتیکی
- ✓ والدینی که ناقلان شناخته شده یک بیماری ژنتیکی خاص هستند
- ✓ یافته های غیر طبیعی سونوگرافی
- ✓ نتایج آزمایش غربالگری

تست های غربالگری نمی توانند به طور قطعی مشخص کنند که آیا کودک شما به این بیماری مبتلا است یا خیر. این تست ها به شما می گوید که آیا کودک شما شانس کمتری برای ابتلا به این بیماری دارد یا بیشتر.

❖ تست ها چگونه انجام می شود؟

تست های غربالگری را می توان در سه ماهه اول و دوم بارداری انجام داد که شامل معاینه اولتراسوند و نمونه خون مادر است.

همچنین ممکن است به برخی از زنان ترکیبی از غربالگری سه ماهه اول و دوم پیشنهاد شود که به عنوان غربالگری "تلفیقی" یا "ترکیبی" شناخته می شود. سپس نتایج خون و نتایج سونوگرافی با عوامل مادری مانند سن، وزن و... ترکیب می شوند تا شانس برخی شرایط کروموزومی در بارداری فعلی محاسبه شود.

به کسانی که نتیجه مثبتی دریافت می کنند، آزمایش تشخیصی ارائه می شود. میزان تشخیص برای تست های غربالگری با توجه به نوع آزمایش انجام شده متفاوت است. تنها راه برای دانستن اینکه آیا یک کودک در حال رشد دارای اختلال کروموزومی است یا خیر، انجام آزمایش تشخیصی است.

سندرم داون (تربزومی ۲۱)	سندرم داون (تربزومی ۲۱) یک اختلال ژنتیکی است که به دلیل وجود تمام یا بخشی از یک نسخه اضافی از کروموزوم ۲۱ ایجاد می شود. بیماران معمولاً ناتوانی ذهنی خفیف تا متوسط، عقب ماندگی رشد و ویژگی های مشخصه صورت را دارا می باشند.
سندرم ادوارد (تربزومی ۱۸)	سندرم ادوارد یک اختلال کروموزومی اتوزومی است که به دلیل کپی اضافی از کروموزوم ۱۸ ایجاد می شود. سندرم ادوارد می تواند، قبل از تولد محدودیت رشد داخل رحمی، نقص قلبی و ... ایجاد کند. سندرم ادوارد خطر زیادی برای از دست دادن جنین و مرده زایی دارد.
سندرم پاتو (تربزومی ۱۳)	سندرم پاتو، یک سندرم بالینی است زمانی رخ می دهد که تمام یا برخی از سلول های بدن حاوی یک نسخه اضافی از کروموزوم ۱۳ باشند. سندرم پاتو شکاف لب، شکاف کام، نقایص مغزی، آنوفتالمی و... را ایجاد میکند.
سندرم اسمیت-لملی - اوپیتز (SLOS)	سندرم اسمیت لملی اوپیتز (SLOS) یک سندرم چند ناهنجاری/اختلال شناختی مادرزادی است که ناشی از ناهنجاری در متابولیسم کلسترول ناشی از کمبود آنزیم ۷-دهیدرکلسترول (DHC-۷) ردوکتاز است. این بیماری با محدودیت رشد قبل و بعد از تولد، میکروسفالی، ناتوانی ذهنی متوسط تا شدید و ناهنجاری های متعدد عمده و جزئی مشخص می شود.
Open Spina Bifida (OSB)	اسپینا بیفیدا باز (OSB) یکی از شایع ترین نقایص مادرزادی است و اغلب منجر به اختلالات حرکتی و رشد عصبی قابل توجه و مادام العمر می شود.

الزامات لازم جهت پذیرش آزمایشات غربالگری مادران باردار (سلامت جنین)



❖ پذیرش تست سه ماهه اول بارداری (Double):

هفته بارداری و زمان انجام سونوگرافی

✓ از ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز

✓ NT

▪ محدوده نرمال 0.8 تا 3.5 میلی متر می باشد.

✓ CRL

▪ محدوده نرمال 45 تا 84 میلی متر می باشد.

❖ پذیرش تست Quad-AFP(M)-Triple:

✓ هفته بارداری 15 هفته تا 21 هفته و 6 روز می باشد.

✓ سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، قابل قبول میباشد.

✓ سونوگرافی آنومالی با عدد BPD قابل قبول است.

▪ جهت انجام تست **Integrated** (ترکیبی) یا **Sequential** الزاما تست **Double** نیز، باید در آزمایشگاه نوبل انجام شده باشد در غیر اینصورت قابل پذیرش نمی باشد.