



کد سند : TE-CPR-FO-018

شماره ویرایش : 00

نام بخش : سیتوژنتیک

صفحه : ۱ از ۲

مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد-نجم آبادی

## فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیصی پیش از تولد

عنوان سند :

نام آزمایشگاه فرستنده:	شهر:	تکمیل کننده فرم:	تاریخ تکمیل فرم: ..... / ..... / .....
------------------------	------	------------------	--

مشخصات زوجین	نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	نام و نام خانوادگی پدر:	کد ملی:	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....
	سن بارداری در تاریخ نمونه برداری بر حسب سونوگرافی: ..... هفته و ..... روز	تاریخ آخرین قاعدگی: ..... / ..... / .....	گروه خون:	تاریخ ازدواج: ..... / ..... / .....	بارداری دوقلو: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	تاریخ نمونه گیری: ..... / ..... / .....
	نسبت فامیلی زوجین:	تعداد دفعات حاملگی:	تعداد دفعات زایمان:	تعداد فرزندان زنده:	تعداد فرزندان فوت شده:	تعداد سقط:

حالت مراجعه / شرح حال	<input type="checkbox"/> یافته‌های بالینی در زوجین یا سایر فرزندان:	<input type="checkbox"/> سابقه بیماری‌های ارثی در خانواده و خویشاوندان زوجین:
	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

نمونه	<input type="checkbox"/> مایع آمنیون	<input type="checkbox"/> پرز جفتی	<input type="checkbox"/> خون مادر	حجم نمونه ارسالی: .....	توضیحات:
-------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	----------

رسم شجره	لطفا مادر (پروباند) را با فلش مشخص و افراد مبتلا در خانواده را با ■ نمایش دهید:	چنانچه رسم شجره امکان پذیر نیست، به سوالات زیر به صورت کتبی پاسخ دهید:
	..... ..... ..... .....	<p>۱- نسبت فامیلی والدین آقا:</p> <p>۲- نسبت فامیلی والدین خانم:</p> <p>۳- افراد مبتلا در خانواده آقا با ذکر نسبت:</p> <p>۴- افراد مبتلا در خانواده خانم با ذکر نسبت:</p> <p>سایر توضیحات:</p>



مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد-نجم آبادی

کد سند : **TE-CPR-FO-018**

شماره ویرایش : **00**

نام بخش : سیتوژنتیک

صفحه : ۲ از ۲

عنوان سند :

**فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیصی پیش از تولد**

آزمایشات درخواستی	<input type="checkbox"/> کشت و مطالعه کروموزومی تشخیص قبل از تولد بر روی نمونه مایع آمنیون <input type="checkbox"/> تشخیص قبل از تولد روی نمونه آمنیون یا پرزهای جفت به روش Array-CGH <input type="checkbox"/> بررسی آنوپلوئیدی‌های شمارشی کروموزوم‌های ۱۳، ۲۱ به روش FISH <input type="checkbox"/> بررسی آنوپلوئیدی‌های شمارشی کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱، X، Y به روش FISH	<input type="checkbox"/> کشت و مطالعه کروموزومی تشخیص قبل از تولد بر روی نمونه پرزهای جفت <input type="checkbox"/> تشخیص پیش از تولد سریع آنوپلوئیدی کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱، X، Y به روش QF-PCR <input type="checkbox"/> بررسی آنوپلوئیدی‌های شمارشی کروموزوم‌های ۱۸، X، Y به روش FISH <input type="checkbox"/> بررسی سندروم‌های میکرودلیشن به روش FISH:.....
	<input type="checkbox"/> بررسی جهش جنین در هنگام بارداری : <input type="checkbox"/> PND - Alpha Thalassemia <input type="checkbox"/> PND - Beta Thalassemia <input type="checkbox"/> PND - CF <input type="checkbox"/> PND - Duchenne <input type="checkbox"/> PND - Fragile x <input type="checkbox"/> PND - Gaucher <input type="checkbox"/> PND - Mutation Confirmation <input type="checkbox"/> PND - Others <input type="checkbox"/> PND - PKU <input type="checkbox"/> PND - Sex <input type="checkbox"/> PND - Sickle <input type="checkbox"/> PND - SMA <input type="checkbox"/> Paternity	
	<input type="checkbox"/> سایر آزمایشات:	

پزشک	نام پزشک درخواست کننده آزمایش:	تخصص:	نظام پزشکی:
------	--------------------------------	-------	-------------

کپی نتایج آزمایشات غربالگری و سونوگرافی را ضمیمه نمایید.	در مورد تست تالاسمی، ارسال نتیجه آزمایش CBC و الکتروفورز الزامی است.	سقط به مواردی اطلاق می‌شود که « کمتر از ۴ هفته » از بارداری گذشته باشد.
در صورت ارسال نمونه پرز جفتی، ارسال نمونه خون مادر الزامی است.	در مورد بررسی جهش جنین در هنگام بارداری، ارسال نتیجه آزمایشات بررسی پدر و مادر الزامی است.	مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق می‌شود که « بیش از ۴ هفته » از بارداری گذشته باشد.
در مورد تست QF-PCR روی مایع آمنیون، ارسال نمونه خون مادر الزامی است.	در مواردی که نمونه پدر و مادر نیز جهت بررسی همزمان ارسال می‌گردد، حتما فرم مربوط به آن را تکمیل نمایید.	