

کد سند : **TE-CPR-FO-018**شماره ویرایش : **02**

نام بخش : سیتوژنتیک

مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد-نجم آبادی

صفحه : ۱ از ۲

عنوان سند :

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیصی پیش از تولد

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

|              |   |   |                                   |                                     |  |                                   |
|--------------|---|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 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 تولد: ..... / ..... / ..... |
|              | 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: |
|                       | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....         | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                   |

|                      |                                      |                                   |                                   |   |          |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|----------|
| تستهای قبلی / همزمان | کاریوتایپ: <input type="checkbox"/>  | CGH: <input type="checkbox"/>     | QF PCR: <input type="checkbox"/>  | تست مولکولی:                                    | توضیحات: |
| نمونه                | مایع آمنیون <input type="checkbox"/> | پرز جفتی <input type="checkbox"/> | خون مادر <input type="checkbox"/> | حجم نمونه ارسالی: ..... تاریخ نمونه گیری: ..... | 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: |  |   |
|          | ۱- نسبت فامیلی والدین آقا:  | ۲- نسبت فامیلی والدین خانم:  | ۳- افراد مبتلا در خانواده آقا با ذکر نسبت: | ۴- افراد مبتلا در خانواده خانم با ذکر نسبت: |



کد سند : TE-CPR-FO-018

شماره ویرایش : 02

نام بخش : سیتوژنتیک

صفحه : ۲ از ۲

مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد-نجم آبادی

فرم ثبت اطلاعات آزمایشات تشخیصی پیش از تولد

عنوان سند :

آزمایشات درخواستی

کشت و مطالعه کروموزومی تشخیص قبل از تولد بر روی نمونه مایع آمنیون

کشت و مطالعه کروموزومی تشخیص قبل از تولد بر روی نمونه پرزهای جفت

تشخیص قبل از تولد روی نمونه آمنیون یا پرزهای جفت به روش OA-CGH

تشخیص پیش از تولد سریع آنوپلوئیدی کروموزومهای ۱۳، ۱۸، ۲۱، X، Y به روش QF-PCR

بررسی آنوپلوئیدیهای شمارشی کروموزومهای ۱۳، ۲۱ به روش FISH

بررسی آنوپلوئیدیهای شمارشی کروموزومهای ۱۸، X، Y به روش FISH

بررسی آنوپلوئیدیهای شمارشی کروموزومهای ۱۳، ۱۸، ۲۱، X، Y به روش FISH

بررسی سندروم های میکرودلایشن به روش FISH:.....

بررسی جهش جنین در هنگام بارداری :

PND - Gaucher

PND - Fragile x

PND - Duchenne

PND - CF

PND - Beta Thalassemia

PND - Alpha Thalassemia

PND - SMA

PND - Sickle

PND - Sex

PND - PKU

PND - Others

PND - Mutation Confirmation

سایر آزمایشات:

پزشکی

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 می شود که « کمتر از ۲۰ 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 می شود که « بیش از ۲۰ 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 می گردد، حتما فرم مربوط به آن را تکمیل نمایید.