

انتخاب نوع آزمون غربالگری: توجه

- FTS (Double Marker) این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۱ (۱۱+۰) تا هفته ۱۳ و ۶ روز (۱۳+۶) بارداری قابل انجام و دارای ارزش است.
- Triple Marker این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا هفته ۲۲ و ۶ روز (۲۲+۶) بارداری قابل انجام و دارای ارزش است.
- Quad Marker این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا هفته ۲۲ و ۶ روز (۲۲+۶) بارداری قابل انجام و دارای ارزش است.
- NTD Screen این آزمایش فقط از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا هفته ۱۸ بارداری قابل انجام و دارای ارزش است.
- Sequential or Integrated این آزمایش در صورتی قابل انجام است که آزمایشات FTS و Quad Marker در این آزمایشگاه انجام شده باشد.

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... سن: ..... کد ملی: ..... میزان تحصیلات: .....  
 شغل: ..... تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: ..... نام پزشک: ..... تخصص پزشک: .....  
 نشانی محل سکونت: .....

تعداد بارداری‌های بیشتر از ۲۴ هفته (ماه پنجم): ..... تعداد بارداری: ..... تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده: .....  
 تعداد سقط: ..... تعداد زایمان زودرس (زایمان قبل از هفته ۳۷): ..... تعداد سزارین: ..... تعداد آخرین زایمان: ..... / ..... / .....

- آیا سیگار مصرف می‌کنید؟  بلی  خیر اگر بله؛ چه تعداد در روز؟ .....
- آیا مبتلا به بیماری تیروئیدی هستید؟  بلی  خیر اگر بله؛ چه بیماری؟ ..... گروه خونی: .....
- آیا این اولین بارداری شماست؟ .....  بلی  خیر
- آیا مبتلا به دیابت وابسته به انسولین (نوع ۱) هستید؟ .....  بلی  خیر
- آیا از طریق لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده‌اید؟ .....  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن جواب بالا آیا از تخمک شخص دیگری برای این منظور استفاده شده است؟ .....  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن جواب بالا تاریخ تولد یا سن شخص اهداکننده تخمک را قید کنید: ..... / ..... / ..... یا سن صاحب تخمک: .....  
 تاریخ جمع‌آوری تخمک: ..... / ..... / ..... تاریخ لقاح تخمک و اسپرم: ..... / ..... / ..... تاریخ انتقال: ..... / ..... / ..... مدت زمان فریز تخمک: .....
- آیا قبلاً جنین و یا نوزاد مبتلا به سندرم داون (تریزومی ۲۱) داشته‌اید؟ .....  بلی  خیر
- آیا فشارخون بالا در بارداری‌های قبلی داشته‌اید؟ .....  بلی  خیر
- آیا قبلاً جنین یا نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی داشته‌اید؟ .....  بلی  خیر
- آیا در خانواده شما، سابقه جنین و یا نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی وجود داشته است؟ .....  بلی  خیر
- آیا سابقه بیماری ژنتیک در خانواده دارید؟  بلی  خیر نسبت: ..... نوع بیماری: .....

تاریخ سونوگرافی: ..... / ..... / ..... سن جنین هنگام سونوگرافی: ..... روز + ..... هفته سن جنین در حال حاضر: ..... روز + ..... هفته

وزن فعلی مادر باردار: ..... کیلوگرم قد مادر باردار: ..... سانتیمتر

تاریخ روز خون‌گیری این آزمایش: ..... / ..... / ..... تاریخ اولین روز از آخرین قاعدگی (LMP): ..... / ..... / .....

تعداد جنین در این بارداری: .....  تک قلو  دو قلو  دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است

در صورت مغایرت مشخصات بیمار یا هفته بارداری اعلام شده در فرم با سونوگرافی ارائه شده به آزمایشگاه ملاک، اطلاعات جواب سونوگرافی می‌باشد.

اینجانب ..... با آگاهی از اینکه این آزمایش قادر به شناسایی تا ۹۰-۸۰٪ موارد بیماری می‌باشد و همچنین در بعضی از اوقات (۵٪ موارد) ممکن است جواب مثبت کاذب داشته باشد موافقت خود را با انجام آن اعلام می‌دارم.

امضاء و اثر انگشت

اینجانب ..... با آگاهی از اینکه در بازه بیشتر از سن حاملگی مورد تایید انجمن غربالگری ایران (پایان هفته ۱۷) هشتم تمایل خود را مبنی بر انجام تست سه ماهه دوم اعلام می‌دارم.

امضاء و اثر انگشت

لطفاً توجه فرمائید: از آنجا که سن شما در نتیجه آزمایش تاثیر زیادی دارد، به هر علتی از ذکر سن غیرواقعی خودداری فرمائید (کپی کارت ملی الزامی است).

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید: ارسالی از: ..... شماره پذیرش آزمایشگاه مبدأ: .....

تاریخ ارسال: ..... / ..... / ..... کد آزمایشگاه: .....

### رضایت‌نامه انجام پروتکل‌های غربالگری پیش از تولد

**تریزومی چیست؟** تریزومی وضعیتی است که در آن تعداد نسخه‌های کروموزوم مورد نظر به جای ۲، سه عدد می‌باشد.

**تریزومی ۲۱:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۲۱ است و موجب سندروم داون می‌گردد. کودکان مبتلا ممکن است دچار عقب‌ماندگی خفیف تا متوسط، نقایص قلبی و دیگر مشکلات باشند. احتمال بروز سندروم داون ۱ در هر ۷۴۰ زایمان منجر به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم به شدت به سن مادر بستگی دارد).

**تریزومی ۱۸:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۱۸ بوده و موجب سندروم ادوارد می‌گردد. این سندروم با میزان بالایی از سقط همراه است. کودکان مبتلا به این سندروم ممکن است دچار بیماریهای شدید بوده و زنده نمانند (تنها تعداد بسیار کمی از آنها تا یک سالگی زنده می‌مانند). احتمال بروز سندروم ادوارد ۱ در ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (احتمال بروز این سندروم نیز به شدت به سن مادر بستگی دارد).

**تریزومی ۱۳:** ناشی از وجود نسخه اضافی در کروموزوم ۱۳ بوده و موجب سندروم پاتو می‌گردد. همانند تریزومی ۱۸ احتمال سقط این جنین‌ها بالاست. کودکان مبتلا به این سندروم معمولاً از مشکلات شدید قلبی و دیگر مسایل رنج می‌برند و به ندرت تا یک سالگی زنده می‌مانند. احتمال سندروم پاتو ۱ در ۵۰۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است (و به شدت به سن مادر بستگی دارد).

### رضایت‌نامه انجام پروتکل‌های غربالگری قبل از تولد

پروتکل‌های غربالگری شامل تست غربالگری سه ماهه اول ترکیبی (Combined Test)، غربالگری سه ماهه دوم (کواد مارکر) و پروتکل‌های ترکیبی سه ماه اول و دوم (سکوئشیال و یا انتگریتد) مجموعه تست‌هایی می‌باشند که برای تعیین ریسک (= احتمال) وجود برخی اختلالات کروموزومی در جنین مانند تریزومی ۲۱، تریزومی ۱۸، تریزومی ۱۳ و یک سری اختلالات دیگر نظیر اختلالات طناب عصبی (NTDs) و یا دیواره شکمی انجام می‌شوند.

این آزمایشات در بارداری‌های بیش از ۲ قل حتی با وجود از بین رفتن یک قل قابل انجام نمی‌باشد.

**آزمون غربالگری سه ماه اول (FTS (Double Marker):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۱ (۱۱+۰) تا هفته ۱۳ و ۶ روز (۱۳+۶) قابل انجام بوده و به طور همزمان از دو سری مارکهای بیوشیمیایی خون و سونوگرافیک (معروف به سونوی NT) استفاده نموده و بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می‌گیرد. این تست ۹۰٪ جنین‌های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می‌دهد (منفی کاذب = ۱۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

**آزمون غربالگری سه ماه اول (Triple Marker):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا انتهای هفته ۲۲ و ۶ روز (۲۲+۶) قابل انجام بوده و در این آزمایش AFP، HCG و استریول غیر کونژوگه اندازه گیری می‌شود. این تست ۹۰٪ جنین‌های مبتلا به سندروم داون و سندروم ادوارد و نقائص لوله عصبی مانند اسپینا بیفیدا و چندقلویی را تشخیص می‌دهد (منفی کاذب = ۱۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

**آزمون غربالگری سه ماهه دوم (Quad Marker):** یک تست غربالگری است که از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا انتهای هفته ۲۲ و ۶ روز (۲۲+۶) قابل انجام بوده، ولی بهترین زمان انجام آن از ابتدای هفته ۱۵ (۱۵+۰) تا ابتدای هفته ۱۷ (۱۷+۰) می‌باشد. تست فوق فقط شامل اندازه‌گیری مارکهای بیوشیمیایی خون بوده و از داده‌های سونوگرافیک فقط برای تعیین سن جنین استفاده می‌شود. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می‌گیرد. این تست ۸۰٪ جنین‌های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می‌دهد (منفی کاذب = ۲۰٪) و در ۵٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

**اختلالات طناب عصبی یا (NTDs):** احتمال بروز اختلال طناب عصبی، یک در هر ۱۵۰۰ زایمان منتج به تولد نوزاد زنده است و شامل مواردی مانند مننگوسل، میلو مننگوسل و آنسفال می‌باشد.

**آزمون غربالگری ترکیبی سه ماه اول و دوم (Sequential or Integrated):** ترکیب پروتکل‌های سه ماه اول و دوم و تعیین یک ریسک واحد می‌باشد. بر مبنای جواب آن بیمار در سه گروه کم خطر، خطر بینابین و پرخطر قرار می‌گیرد. این تست ۹۵٪ جنین‌های مبتلا به سندروم داون را تشخیص می‌دهد (منفی کاذب = ۵٪) و در ۳٪ موارد نتیجه مثبت کاذب در پی دارد.

**هزینه:** هزینه‌های پروتکل‌های فوق بر مبنای آخرین تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و دریافت می‌گردد.

تفسیر تست: مثبت شدن نتیجه تست غربالگری به معنی ابتلا جنین به اختلالات مورد اشاره نمی‌باشد و فقط به معنی آن است که در فرد کاندید انجام تست‌های تشخیصی (مانند CVS و یا آمنیوسنتز) و یا غربالگری دقیق تری (مانند NIPT) می‌باشد.

اینجانب ----- با ملیت ایرانی  غیرایرانی  (-----) نژاد سفید  سیاه  زرد  موافقت خود را جهت انجام پروتکل فوق توسط آزمایشگاه کولایف به عنوان آزمایشگاه مبداء اعلام می‌دارم. با علم بر اینکه آزمایشگاه مبداء نتایج را ترجمه و تفسیر خواهد نمود و متعهد می‌گردد که نتایج با توجه به قوانین و مقررات در اختیار بیمار گذاشته شود. همچنین اعلام می‌دارم تمام سؤالات موجود در پرسشنامه را به دقت مطالعه و به درستی پاسخ داده‌ام. اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربالگری بوده و تشخیصی نمی‌باشد و درک می‌کنم که تمامی جنین‌های مبتلا به اختلالات کروموزومی نامبرده در فوق، ممکن است توسط این پروتکل‌ها قابل شناسایی نباشند.

اینجانب از امکانات و محدودیت‌های نهفته در این روشها از طریق بخش اطلاع‌رسانی به بیمار مطلع شده‌ام و موارد مربوط به من خاطر نشان شده است.

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ: ..... / ..... / ..... امضا و اثر انگشت: