

مشخصات فردی:

خواهشمند است به منظور ارائه خدمات بهتر موارد زیر را با دقت کامل نمایید.

نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: روز / ماه / سال سن:

تاریخ نمونه‌گیری: روز / ماه / سال نام پزشک:

آدرس:

تلفن ثابت: (کد شهرستان) تلفن همراه:

آیا سن مادر ۱۸ سال تمام است؟ بله خیر

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): روز / ماه / سال تاریخ آخرین سونوگرافی: روز / ماه / سال

سن بارداری بر اساس سونوگرافی: هفته روز

اطلاعات سونوگرافی جنین:

آیا سن حاملگی بیشتر از ۷ هفته (بر اساس سونوگرافی) است؟ بله خیر

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

نوع بارداری: طبیعی IVF

دفعات بارداری (Gravida): دفعات زایمان (Para): دفعات سقط (ab):

علت سقط:

قبلا هم این آزمایش را انجام داده اید؟ بله خیر

توضیحات:

این آزمایش روشی غیر تهاجمی برای تشخیص جنسیت جنین با استفاده از خون مادر می‌باشد. در این روش پس از استخراج DNA آزاد جنین در خون مادر و انجام Real Time PCR، حضور و یا عدم حضور کروموزوم Y بررسی می‌گردد. لازم به توضیح است که انجام این آزمایش پس از گذراندن هفته ۷ بارداری (حداقل ۴۹ روز بعد از اولین روز آخرین قاعدگی) امکان‌پذیر است. تفسیر نتایج به این صورت است که چنانچه کروموزوم Y شناسایی شود، جنسیت جنین به احتمال قوی پسر خواهد بود و در صورت عدم حضور کروموزوم Y، جنسیت جنین دختر است. میزان دقت و صحت این آزمایش حدود ۹۸ درصد است، به این مفهوم که از میان هر ۱۰۰ نفر، نتایج آزمایش ۲ نفر با جنسیت واقعی جنین مطابقت ندارد.

رضایتنامه

اینجانب توضیحات فوق را مطالعه نموده و رضایت خود را برای انجام آزمایش اعلام می‌نمایم.

تاریخ: امضاء و اثر انگشت:

این قسمت توسط پذیرش آزمایشگاه مبداء تکمیل شود

ارسالی از: شماره پذیرش آزمایشگاه مبداء:

تاریخ ارسال: روز / ماه / سال