

مشخصات فردی:

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

نام و نام خانوادگی : کد ملی : تاریخ و محل تولد: / / محل تولد :
نسبت خویشاوندی با همسر: بلی خیر نسبت فامیلی زوجین:
نسبت خویشاوندی والدین: بلی خیر نسبت فامیلی والدین:
سن بارداری (بر حسب هفته): تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): / / تاریخ نمونه گیری: / /
تعداد جنین در این بارداری: تک قلو دو قلو دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است
نوع بارداری: طبیعی دارو درمانی تخمک اهدایی: (IUI,IVF) سایر
در صورت بارداری به روش لقاح مصنوعی:
تاریخ جمع آوری تخمک : / / تاریخ لقاح تخمک و اسپرم : / / تاریخ انتقال: / / مدت زمان فریز تخمک :
سابقه پیوند مغز استخوان و یا انتقال خون: بلی خیر

اطلاعات پزشک و کلینیک

نام مرکز: نام پزشک : تاریخ نمونه گیری: / /
آزمایش درخواستی : پزشک نمونه گیر:

علت مراجعه :

بررسی نتیجه آزمایش غربالگری (ریسک محاسبه شده)
 سابقه فرزند و یا جنین مبتلا به اختلالات شمارشی کروموزومی
 سن بالای مادر
 سابقه سقط جنین: بلی خیر تعداد سقط:
 علت سقط ها: تاریخ سقط ها:

رضایت نامه

لطفا توجه فرمایید امضاء این فرم به منزله تأیید تمام مواردی است که در ذیل توضیح داده شده است:
یکی از دلایلی که منجر به اختلال در روند این آزمایش می شود وجود سلول های مادری در نمونه مایع آمنیوتیک است.
در موارد خاص ممکن است به علت عدم رشد سلول های جنینی و یا سایر موارد نیاز به نمونه گیری مجدد و تکرار آزمایش وجود داشته باشد که تکرار آزمایش بدون دریافت هزینه می باشد.
در صورت عدم امکان جوابدهی نیمی از هزینه های دریافتی عودت داده خواهد شد.
لازم به توضیح است، در صورت آلودگی نمونه با سلول های مادری، احتمال خطا در تشخیص و یا عدم رشد افزایش می یابد. لذا نمونه هایی که آلوده به خون مادر می باشند پذیرش نخواهند شد.
زمان تقریبی انجام آزمایش ۳ تا ۴ هفته کاری می باشد همچنین طبق قانون مصوب مجلس شورای اسلامی مجوز ختم بارداری تا پایان هفته ۱۸ (۱۸ هفته و ۶ روز) صادر می گردد.
اگر به دلیل مراجعه در هفته های بارداری بالا، جوابدهی بعد از زمان ذکر شده باشد مسئولیت قانونی آن به عهده فرد آزمایش دهنده است. لازم به ذکر است پس از پذیرش قطعی و انجام آزمایش، هزینه بازگردانده نخواهد شد .
از طرفی ممکن است به هر دلیل (مناسب نبودن نمونه و ...) آزمایش نیاز به تکرار داشته باشد و منجر به تأخیر در جوابدهی شود و نیاز به نمونه گیری مجدد داشته باشد، در این صورت تهیه نمونه مجدد به عهده فرد بیمار خواهد بود.
جهت انجام این آزمایش از نمونه مایع آمنیوتیک استفاده می شود که حدود یک درصد ممکن است منجر به اختلال در روند بارداری و سقط جنین گردد.
اینجانب با مطالعه موارد بالا و اطلاع کامل از شرایط، آمادگی و رضایت خود را جهت انجام این آزمایش اعلام می دارم.
تاریخ: / / امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی همسر:	تاریخ: / /	امضاء و اثر انگشت
--------------------------------	------------------------------	-------------------