

پرسشنامه تعیین ریسک بارداری

با توجه به تاثیر قابل توجه سن و اطلاعات شما در نتیجه آزمایش از اعلام سن و اطلاعات غیر واقعی خودداری فرمایید

شماره پذیرش	تعداد زایمان (بدون احتساب فعلی)	تاریخ تولد مادر			روز ماه سال
نام و نام خانوادگی	تعداد بارداری (با احتساب فعلی)	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی			روز ماه سال
سن	تعداد سقط	تاریخ انجام سونوگرافی			روز ماه سال
وزن کیلوگرم	تعداد جنین	تاریخ نمونه گیری آزمایش		
نام پزشک	هفته وروز بارداری	تاریخ تکمیل پرسشنامه			
آیا بارداری شما دو قلو است					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا مبتلا به دیابت هستید (نوع یک ، نوع دو و یا دیابت بارداری)					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
در صورت مبتلا بودن به یکی از انواع دیابت ، آیا انسولین مصرف می کنید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا از طریق روش لقاح مصنوعی (IVF) باردار شده اید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا در بارداری های قبلی ، جنین و یا تولد فرزند مبتلا به سندروم داون (مونگولیزم) داشته اید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا سابقه تولد فرزند مبتلا به نقص لوله های عصبی(NTD)در خانواده یا فامیل نزدیک ودور داشته اید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
آیا سابقه فشار خون بارداری و یا مسمومیت بارداری داشته اید					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
در صورت مصرف داروهای مرتبط با بارداری (HCG و ...) نام دارو و آخرین نوبت تزریق را یادداشت فرمایید:					
نشانی دقیق محل سکونت:					
تلفن(با کد شهرستان):			تلفن همراه:		
اینجانب متعهد می شوم که پرسشنامه را با کمال دقت تکمیل نموده و عواقب ناشی از عدم اطلاع رسانی دقیق برعهده خودم می باشد.					
امضاء					
لطفا در این قسمت اطلاعاتی وارد نفرمایید					
نام و امضاء کنترل کننده مدارک	AFP	PAPP-A			
	UE3	Free BHCG			
	BHCG.T	NT			
	Inhibin A	NB			