

## בדיקת דם אמהית לאיתור שינויים כרומוזומאליים בעובר

שאלון לנבדקת: חשוב מאוד למלא בכתב ברור ומדויק את כל הפרטים בשאלון.

## מס' בדיקה

שם באנגלית: _____	שם בעברית: _____
תאריך לקיחת הדם: _____ שעה: _____	מספר ת.ז. _____ גיל: _____
טלפונים: 1. _____	כתובת: _____
2. _____	_____
3. _____	_____

אודה לכם אם תמציאו לי, על אחריותי הבלעדית, את תוצאות המעבדה לפקס או מייל (בנוסף לדואר):

התאריך בו נולדת: _____	גיל ההריון לפי הוסת האחרונה: _____
תאריך הוסת האחרונה: _____	גיל ההריון לפי אולטראסאונד (ביום לקיחת הדם): _____
האם בצעת בדיקת אולטראסאונד? _____	האם ביצעת: _____
אם כן, בבקשה לצרף העתק.	<input type="checkbox"/> בדיקת שקיפות עורפית (NT) באולטראסאונד
האם עברת טיפול IVF בהריון זה? כן / לא	<input type="checkbox"/> בדיקת שליש ראשון
אם כן, האם עוברים מוקפאים? כן / לא	<input type="checkbox"/> בדיקת שליש שני
אם כן, מהו תאריך ההקפאה? _____	אם כן, בבקשה לצרף אחת מהבדיקות הנ"ל.
האם תרומת ביצית? כן / לא	משקל _____ ק"ג
אם כן, גיל התורמת: _____	גובה _____ מ'

המוצא שלך: _____	המוצא של בן הזוג: _____
הריון <input type="checkbox"/> חד עוברי <input type="checkbox"/> רב עוברי <input type="checkbox"/>	מס' עוברים _____
האם ההריון התחיל במספר עוברים והיתה ספיגה של עובר/ים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
מס' ילדים _____	מחלות או מומים גנטיים במשפחה _____
מס' לידות (ילוד חי) _____	נשאות מחלה גנטית _____
מס' לידות (ילוד מת) _____	הרופאה/ה מטפלת _____
מס' הפלות טבעיות _____	כתובת הרופאה/ה _____
	טלפון _____ בשעות _____
	קופ"ח _____

הערות
_____
_____
_____
_____

לוקחת הדם _____	חתימה _____
המראיין/ת _____	חתימה _____
היועץ הגנטי _____	חתימה _____
תחנת האיסוף (חתימה+חותמת) _____	
חתימת הנבדקת _____	