



תאריך מילוי הטופס _____

גיליון נתונים לבדיקות מי שפיר / סיסטי שליה

פרטי האישה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

תאריך לידה _____ גיל _____ ארץ לידה _____ עדה _____

כתובת _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

פרטי בן הזוג

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ארץ לידה _____ עדה _____

קרבת משפחה: לא / כן

היסטוריה מיילדותית

לידה במועד _____ לידה מוקדמת _____ לידת מת _____ הפלה טבעית _____ הפסקת הריון _____ ילדים חיים _____

מחלות במשפחה: ☐ פיגור שכלי _____ מחלות תורשתיות _____ מומים מולדים _____

בדיקות סקר למחלות גנטיות: כן / לא סוג דם: _____ Coombs indirect _____ שלילי/חיובי

נוטלת קלקסן / אספירין (אספירין הפסקת נטילה 7 ימים לפני פעולה, קלקסן לא ליטול ביום הפעולה)

טיפול IVE / תרומת ביצית / זרע _____

יעוץ גנטי לפני הבדיקה: לא / כן על ידי מי: _____

תאריך ו.א _____ תואם גיל ההיריון ע"פ U.S.: כן / לא

רופא נשים מטפל: ד"ר/פרופ' _____

כתובת הרופא: _____ קופ"ח: _____

הוריה לבדיקה:

1. ☐ גיל < 32 2. ☐ סקר ביוכימי או תבחין משולש ל-DS-1: _____ 3. ☐ בדיקת אינטרציה ל-DS 1: _____

4. ☐ ממצאים כרומוזומאליים מהעבר 5. ☐ נשאות למחלות גנטיות

6. ☐ ממצא סונוגרפי _____ 7. ☐ אחר _____

8. ☐ מודעת לאפשרות שלא לבצע דיקור מי שפיר / סיסטי שליה: כן / לא

הנחיות למכון לגנטיקה / רופאי הנשים- נא להקיף בעיגול את הבדיקה הנדרשת, ולמחוק את השאר:

☐ בדיקת CMA* *דמים לבני הזוג לגיבוי עד סיום הבדיקה ☐ שמירת דנ"א

☐ בדיקת QF-PCR ☐ בדיקת כרומוזומים ☐ אחרת _____

הנחיות לבודק: כמות נוזל מי שפיר לבדיקה _____

מועד הבדיקה: _____/_____/_____

צורת התשלום: ☐ קרטריונים ☐ התחייבות ☐ אחר _____

שם ממלא הטופס _____ מעוניינים במין העובר: כן / לא מין העובר לפי U.S. _____

חתימת האשה: _____