

LM-OrT-FR-019

PRENATAL TARAMA TESTLERİ BİLGİ FORMU

İLGİLİ TESTİ SEÇİNİZ

- ☐ C8461406 1. Trimester Prenatal Tarama Testi-Kombine Test (İkili Test) ☐ C8461409 Prenatal Tarama Testi-Entegre Test
- ☐ C8461405 2. Trimester Prenatal Tarama Testi (Üçlü Test) ☐ C8210504 Alfa Fetoprotein (AFP), Maternal Serum
- ☐ C8461407 2. Trimester Prenatal Tarama Testi (Dörtlü Test) ☐ C8210601 Alfa Fetoprotein (AFP), Amniyon Sıvısı

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı		Doğum Tarihi	/...../.....
		Gebelik Sayısı	
Protokol No		SAT Tarihi	/...../.....
İrk	Beyaz	Siyah	Maternal Ağırlık
Sigara	Evet	Hayır	kg
İnsüline Bağlı DM	Evet	Hayır	Ultrasonografi Tarihi
			/...../.....
			Örnek Alım Tarihi
			/...../.....

Fetüs Sayısı	Tek	İkiz	→	Monokoryonik, Monoamniyotik	
				Monokoryonik, Diamniyotik	
				Dikoryonik, Diamniyotik	
IVF Uygulaması mı?	Evet	Hayır			
Nazal Kemik	Var	Yok			
	Değerlendirilmedi				
Daha önceki gebeliklerde NTD saptandı mı?	Hayır	Evet			
Daha önceki gebeliklerde kromozom anomalisi saptandı mı?	Hayır	Evet	→	Trisomy 21	
				Trisomy 13	
				Trisomy 18	
				Diğer	

1. TRİMESTER	2. TRİMESTER
CRL (Crown Rump Length)	BPD (Biparietal Diameter)
.....mm	mm
NT (Nuchal Translucency)	BPD'ye göre düzeltilmiş gebelik
.....mm	hafta.....gün

Hekimin Laboratuvara Notu

Uyarılar:

1. Trimester Tarama Testi için CRL değeri 43.0-83.9 mm arasında ve CRL'ye göre düzeltilmiş gebelik yaşı 11 hafta-13 hafta 6 gün arasında olmalıdır.
1. Trimester Tarama Testi için kan alma işlemi ve USG aynı gün içinde yapılmalıdır.
2. Trimester Tarama Testi (Üçlü ve Dörtlü Test) için gebelik yaşı 15-21 hafta (15 ve 21.hafta dahil) ve BPD değeri 29.7-52.0 mm arasında olmalıdır.
- Çoğul gebeliklerde USG bilgileri her iki fetüs için ayrı belirtilmelidir.
- İkiz gebelik riski, düzeltilmiş MoM değerleri ile tekli gebelik gibi hesaplanmıştır.
- Down Sendromu Tarama Testi-Entegre Testinde; 1. ve 2. Trimester testleri ardışık olarak çalışılmaktadır.

NT ve nazal kemik ölçümleri için hekimin sertifikalı olması önerilir.

İstatistiksel risk hesaplanması, laboratuvara ulaşan bilgilerin doğruluğuna bağlı olduğundan, "Prenatal Tarama Testleri Bilgi Formu" eksiksiz doldurulmalı ve bilgilerin doğruluğu teyit edilmelidir.

TEST İSTEĞİNDE BULUNAN UZMAN HEKİM (AD-SOYAD/TARİH/İMZA/TELEFON NUMARASI)	FORMU DOLDURAN (AD-SOYAD/TARİH/İMZA)	KONTROL EDEN (AD-SOYAD/TARİH/İMZA)