

מדבקה גדולה

קבלה ויעוץ לנבדקת לפני דיקור מי שפיר

אנא מלאי פרטים אישיים אודותיך:

שם מלא: _____

מספר ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____

כתובת מייל: _____

טלפון נייד: _____ ארץ לידה של הנבדקת: _____

מוצא מצד האם: סבא של הנבדקת מצד האם: _____ סבתא של הנבדקת מצד האם: _____

מוצא מצד האב: סבא של הנבדקת מצד האב: _____ סבתא של הנבדקת מצד האב: _____

הריון מתרומת ביצית: לא / כן ארץ המוצא של התורמת: _____

אנא מלאי פרטים אישיים אודות האב הביולוגי / תורם זרע:

הריון מתרומת זרע אנונימית: לא / כן

שם בן הזוג/האב הביולוגי: _____ מספר ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

ארץ לידה של בן הזוג/האב הביולוגי/תורם זרע: _____

מוצא מצד האם: סבא של בן הזוג/האב הביולוגי/תורם הזרע מצד האם: _____

סבתא של בן הזוג/האב הביולוגי/תורם הזרע מצד האם: _____

מוצא מצד האב: סבא של בן הזוג/האב הביולוגי/תורם הזרע מצד האב: _____

סבתא של בן הזוג/האב הביולוגי/תורם הזרע מצד האב: _____

קרבת משפחה בין בני הזוג: לא / כן פירוט הקרבה: _____

מחלות רקע בקרב המטופלת ובן הזוג/האב הביולוגי:

האם את מאובחנת כבעלת מחלה מסוימת? לא / כן אנא פרטי: _____

האם הנך נוטלת תרופות באופן קבוע? לא / כן אנא פרטי: _____

האם בן הזוג/האב הביולוגי אובחן כבעל מחלה מסוימת? לא / כן אנא פרטי: _____

האם בן הזוג האב הביולוגי נוטל תרופות באופן קבוע? לא / כן אנא פרטי: _____

מידע אודות הרקע המשפחתי והגנטי שלך:

האם לאחד מילדיך יש: מום מולד / עיכוב התפתחותי / לקות שכלית / אוטיזם / ניוון שרירים / נשאות למחלה

גנטית / עיוורון / חרשות / ממצא גנטי בבדיקות קריטיפ, שבב גנטי או בדיקות אחרות: לא / כן

פירוט: _____

מדבקה גדולה

האם לאחד מבני המשפחה המורחבת של הנבדקת ושל בן הזוג/האב הביולוגי (לרבות דודים ובני דודים) יש: מום מולד / עיכוב התפתחותי / לקות שכלית / אוטיזם / ניוון שרירים / מחלה גנטית / עיוורון / חרשות / ממצא גנטי בבדיקות קריטיפ, שבב גנטי או בבדיקות אחרות: **לא** / **כן**

פירוט:

פרטים רפואיים אודות ההיריון הנוכחי שלך:

תאריך וסת אחרון: _____ גיל ההיריון במועד הדיקור: _____ שבועות

היריון נוכחי: מספר הריונות (לא כולל ההיריון הנוכחי): _____ מתוכם לידות חי: _____

הפלות טבעיות/מות עובר ברחם: _____ הפלות יזומות: _____

הפסקות היריון בשל ממצא חריג בבדיקות (הדמיה ואחרות): _____

בעיות במהלך ההיריון הנוכחי:

במידה וחוות בעיות במהלך ההיריון (דימום / תפר צווארי / הריון שהחל עם יותר מעובר אחד / טיפולי פריון / אחר), אנא פרטי: _____

סוג דם: _____ **RH:** _____ Indirect Coombs _____

שימוש בתרופות נוגדות קרישה: קלקסן: **לא** / **כן** במידה וכן – מתי הופסק השימוש בתרופה: _____

אספירין: **לא** / **כן** במידה וכן – מתי הופסק השימוש בתרופה: _____

נתוני מעקב היריון נוכחי:

שקיפות עורפית בוצעה בשבוע (לפי וסת אחרונה): _____ שקיפות עורפית נמדדה בעובי: _____ מ"מ

סקירת מערכות בוצעה בשבוע (לפי וסת אחרונה): _____ ממצאי הסקירה - נא פרטי: _____

הודגם עובר ממין: _____ היריון מרובה עוברים: מין העוברים _____

סקר ביוכימי שליש ראשון בוצע: **לא** / **כן** התקבלה תשובה: **לא** / **כן**

סקר ביוכימי שליש שני בוצע: **לא** / **כן** התקבלה תשובה: **לא** / **כן**

חושבו הערכים הבאים ב – MOM (בהתאם לתוצאות שהתקבלו עד כה):

_____ :fβHCG _____ :PAPP-A _____ :NT

_____ :AFP _____ :HCG _____ :U-E3

סיכון מחושב לתסמונת דאון - 1: _____

סיכון מחושב לטריזומיה 18 - 1: _____

סיכון לפי גיל בלבד - 1: _____

מדבקה גדולה

האם בוצעה בדיקת NIPT: לא / כן, במידה וכן התשובה שהתקבלה: _____

סיבות לביצוע דיקור מי שפיר: _____

האם בוצע ייעוץ גנטי על ידי יועץ/ת גנטית/ת לפני פגישה זו: כן / לא

בדיקות נשאות למחלות גנטיות:

האם בוצעו בדיקות סקר גנטיות? לא / כן

האם נמצאה נשאות למחלות גנטיות אצל הנבדקת או בן הזוג/האב הביולוגי/תורם הזרע? לא / כן

במידה וכן, אובחנה נשאות למחלות הבאות: _____

האם בוצעה בדיקה של נשאות המחלה הגנטית שאובחנה, אצל בן הזוג השני: לא / כן,

נא פרטי את תוצאות הבדיקה: _____

מידע נוסף שהינך מעוניינת לעדכן אותנו: _____

הערות לסיכום על ידי הרופא / יועץ הגנטי:

☐ במעמד הדיקור האישה דווחה כי במשפחתה/משפחת בן הזוג רקע של מחלה גנטית / אוטיזם / פיגור שכלי / הפרעה התפתחותית / עיוורון / חרשות / מומים מולדים.

☐ במעמד הדיקור האישה דווחה כי בסקירת מערכות התקבלה תוצאה חריגה.

לאור זאת הבהרתי למטופלת כי עליה לפנות בהקדם ליועץ גנטי.

הערות: _____

חתימת הנבדקת: _____

פרטי הרופא המדק: שם הרופא/ה: _____ חתימה וחותמת: _____