

**نمونه فرم ثبت اطلاعات غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین**

**بخش ۱: مشاوره با خانم باردار**

هریک از موارد زیر را برای مادر توضیح دهید و در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید. مطمئن شوید که مادر گفته های شما را فراگرفته است.

- برخی اختلالات کروموزومی (تریزومی ها) در این غربالگری کشف می شود که شایع ترین آن، سندرم داون است.
- سندرم داون وقتی اتفاق می افتد که در زمان تقسیم سلولی، جنین به جای ۴۶ کروموزوم، ۴۷ کروموزوم داشته باشد. (کروموزوم ۲۱ اضافه)
- سندرم داون ممکن است به صورت تصادفی در هر بارداری اتفاق بیفتد.
- حتی اگر سابقه فامیلی، خانوادگی و یا سابقه زایمان قبلی نوزاد مبتلا به سندرم داون وجود نداشته باشد، احتمال وقوع این عارضه در بارداری فعلی همچنان وجود دارد.
- با افزایش سن مادر، خطر وقوع سندرم داون افزایش می یابد، به گونه ای که:
  - در زنانی که در طیف سنی ۲۰-۲۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۵۰۰ مورد بارداری (۱:۱۵۰۰) است.
  - در زنانی که در طیف سنی ۳۰-۳۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۹۰۰ مورد بارداری (۱:۹۰۰) است.
  - در زنانی که در طیف سنی ۴۰-۴۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۰۰ مورد بارداری (۱:۱۰۰) است.
- انجام غربالگری و تشخیص ناهنجاری های جنین هزینه بر است و نیازمند مراجعه به مراکز معتبر و افراد متبحر در شهرستان محل اقامت یا خارج از محل اقامت می باشد.
- نتایج غربالگری فقط میزان خطر را نشان می دهد. نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز یا CVS ملاک ختم حاملگی است.

اگر نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر پایین (Low risk) باشد، نیاز به انجام روش های تشخیصی تهاجمی نیست، زیرا احتمال وقوع سندرم داون کم است. چنانچه نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر بالا (High risk) و مثبت باشد، از آنجا که نتیجه مثبت به معنای ابتلا جنین به سندرم داون نیست، برای تشخیص قطعی نیاز به انجام روش های تهاجمی شامل CVS (نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) و آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع آمنیوتیک) است. این روش ها ممکن است با عارضه همراه باشد.

جدی ترین عارضه روش های تشخیص تهاجمی، احتمال سقط جنین سالم است. طیف وقوع این عارضه بین ۱ در ۱۰۰ تا ۱ در ۲۰۰ مورد (۱:۱۰۰ تا ۱:۲۰۰) متغیر است.

**بخش ۲- درخواست غربالگری ناهنجاری جنین**

سابقه نوزاد ناهنجان / آمنیوسنتز مثبت

غربالگری سه ماهه اول: بلی  تاریخ درخواست: ..... مادر غربالگری را قبول نکرده است

غربالگری سه ماهه دوم: بلی  تاریخ درخواست: ..... مادر غربالگری را قبول نکرده است  مورد ندارد

**بخش ۳- نتیجه غربالگری سه ماهه اول کم خطر  خطر متوسط  پرخطر**

**بخش ۴- نتیجه غربالگری سه ماهه دوم کم خطر  پرخطر**

**بخش ۵- اقدام براساس نتایج غربالگری**

ارجاع به متخصص زنان/ پره ناتالوژیست: بلی  خیر  آمنیوسنتز/ CVS: بلی  خیر  مورد ندارد:

نام و نام خانوادگی و اعضاء مشاور

نام و نام خانوادگی / اعضاء و اثر انگشت مادر