

ANTENATAL RİSK BELİRLEME SORU FORMU

Aşağıdaki sorular risk hesaplaması için sorulmaktadır. **Cevaplarınız gizli tutulacaktır**

<input type="checkbox"/> 1. Trimester (PAPP-A + free beta hCG)	2. Trimester	<input type="checkbox"/> Üçlü Test (AFP + hCG + uE3)
		<input type="checkbox"/> Dörtlütest (AFP + hCG + uE3 + inhibin A)
Rapor	<input type="checkbox"/> Anne adayına ve Doktora 1'er kopya	<input type="checkbox"/> Sadece doktora 2 kopya
ANNE ADAYI BİLGİLERİ		
ADI SOYADI		
ADRES		
CEP TEL ()	FAKS ()	E-MAIL @
DOĞUM TARİHİ (gün/ay/yıl)		
SON ADET TARİHİ (gün/ay/yıl)	<input type="checkbox"/> Kesin	<input type="checkbox"/> Şüpheli
Adetler	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzensiz
Boy (cm)	Kilo (kg)	
ŞEKER HASTALIĞI VAR MI ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Varsa, tedavi şekli	<input type="checkbox"/> İlaç Kullanmıyor	<input type="checkbox"/> Oral Anti- diabetik <input type="checkbox"/> İnsülin
HAMİLE KALMAK İÇİN HORMON TEDAVİSİ GÖRDÜ MÜ ?		
AİLESİNDE KROMOZOM ANOMALİLİ ÇOCUK DOĞURMUŞ FERT VAR MI? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Varsa, yakınlık derecesi nedir?		Tanısı nedir?
SİGARA KULLANIMI	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Kullanıyorsa, hamilelik dönemindeadet/gün
ALKOL KULLANIMI	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Kullanıyorsa, hamilelik dönemindekadeh/gün
ULTRASONOGRAFİ BİLGİLERİ		
ULTRASONOGRAFİ TARİHİ (Gün/Ay/Yıl)		
GEBELİK HAFTASI	SATHaftaGün	CRL (*)HaftaGün
FETUS SAYISI (ikiz gebelik var mı?)		
NUCHAL TRANSLUCENCY DEĞERİ (Sadece 1. trimester screening için)		
BPD ÖLÇÜMÜ		
TAKİBEDEN DOKTOR :		
DOKTOR TELEFONU :		DOKTOR FAKS

*1. Trimester tarama testi CRL 41-84 mm arasında olan gebelere yapılabilir. Bu değerlerin dışında olan gebelere 1. trimester risk testi yapılamaz

QUESTIONNAIRE FOR ANTENATAL RISK SCREENING

The following questions are necessary for risk calculation.They will be considered together with your laboratory results. Your answers will be kept confidential.

<input type="checkbox"/> 1.Trimester (PAPP-A + free beta hCG)	2.Trimester	<input type="checkbox"/> triple Test (AFP + hCG + uE3) <input type="checkbox"/> quadruple test (AFP + hCG + uE3+ inhibin A)
NAME SURNAME		
ADRESS:		
PHONE:	FAX:	E-MAIL
DATE OF BIRTH (DD / MM / YY)		
LAST PERIOD (DD / MM / YY)	<input type="checkbox"/> Certain	<input type="checkbox"/> Uncertain
MY PERIODS ARE	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
HEIGHT (cm)	WEIGHT (kg)	
DO YOU HAVE DIABETES MELLITUS ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If yes, do you use	<input type="checkbox"/> No medicine	<input type="checkbox"/> Oral Anti- diabetics <input type="checkbox"/> İnsülin
DID YOU RECIEVE HORMON REPLACEMENT MEDICATION IN ORDER TO GET PREGNANT		
DO YOU HAVE ANY RELATIONS WITH MENTAL RETARDATIONS		
If yes, what is the degree of relation		
If yes What is his/her disease		
NAME OF THE PHYSICIAN		
PHONE no OF THE PHYSICIAN	FAX	
ULTRASONOGRAPHY INFORMATION		
DATE OF ULTRASONOGRAPHY (DD / MM / YY)		
GESTATIONAL AGE OF THE FETUSWeek+ Day		
Number of fetus (Is there twin pregnancy)		
CRL MEASUREMENT	BPD MEASUREMENT	
** NUCHAL TRANSLUCENCY MEASUREMENT(Only for 1 st trimester screening)		