

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :DH-DK-16 Yayın Tarihi :05.03.2021
	DOWN SENDROMU TARAMA TESTLERİ FORMU	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
Gönderen Kurum: Örnek No: Örnek Tarihi: İstenen Test:		
Anne Adayı Hakkında Bilgiler Kurum Hasta No: Ad, Soyad: Doğum Tarihi:		
Gebelik Bilgileri: Son Adet Tarihi: Vücut Ağırlığı (kg): Fetus Sayısı: Canlı Doğum: Diyabet: Sigara Kullanımı: Önceki gebeliklere ait kromozom anormali öyküsü: Trizomi 21: Trizomi 18: Trizomi 13:		
İkili Test (11 hf+0 gün ile 13 hf+6 gün) CRL ölçümü: 45-83 mm Ultrasonografi Tarihi: Örnek Alım Tarihi: Fetus Sayısı: Fetus 1 Fetus 2 CRL (mm): CRL (mm): NT (mm): NT (mm): CRL'ye göre gebelik haftası: CRL'ye göre gebelik haftası: Nazal bone: Nazal bone:		
NDT Üçlü, Dörtlü Test (14 hf+0 gün ile 20 hf+6 gün) CRL ölçümü: 26-49 mm Ultrasonografi Tarihi: Fetus Sayısı: Fetus 1 Fetus 2 BPD (mm): BPD (mm): BPD'ye göre gebelik haftası: BPD'ye göre gebelik haftası:		

Not: Yukarıdaki bilgilerin eksiksiz ve doğru doldurulması, risk belirleme hesapları açısından önem taşımaktadır.
Bu haftalar dışında olan gebelere bu test yapılamaz.