

產前遺傳診斷個案紀錄聯

1.本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意?同意不同意

2 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視?同意不同意 個案簽名:

檢體編號:			
個	* 姓名:	* 生日:西元 年 月 日	* 身分證號碼/統一證號: (外籍配偶請附先生身分證影本)
			* 孕婦國籍: * 配偶國籍:
案	* 電話(家):	(公):	* 行動電話:
	* 戶籍地址(包含鄰里):		
	* 通訊地址: <input type="checkbox"/> 同上 其他:		
資	* 懷孕次數(包括此次):	* 自然流產數:	* 人工流產數: * 死產數:
	* 胎兒異常數: 病名:	* 懷孕週數: 週	* 胎兒數目:
	最後一次月經日期:西元 年 月 日始 週期: 天, 規則 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		* 病歷號碼:
料	家庭類別 證明文號	轉介醫院及醫師:	多胞胎位置:
	採檢院所名稱:	採檢醫師:	檢體抽取時間:西元 年 月 日 時 分
檢	檢體類別: <input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 絨毛 <input type="checkbox"/> 臍血 檢體量: ml		檢體送檢時間:西元 年 月 日 時 分
	檢體外觀: <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 棕褐色 <input type="checkbox"/> 血紅色		檢體送達時間:西元 年 月 日 時 分
體	<input type="checkbox"/> 10高齡孕婦Advanced maternal age		
	<input type="checkbox"/> 11異常的孕婦血清檢查Abnormal maternal serum screening(妊娠次三個月second trimester)		DS risk:
	<input type="checkbox"/> 12異常的孕婦血清檢查Abnormal maternal serum screening(妊娠首三個月first trimester)		DS risk:
	<input type="checkbox"/> 13異常超音波影像發現Abnormal sonographic finding		
	<input type="checkbox"/> 14神經管缺陷或高母血胎兒甲蛋白(MS-AFP \geq 2.5MoM(可補助))		
	<input type="checkbox"/> 15父母親帶有平衡性染色體重編		
	<input type="checkbox"/> 16異常家族病史		
	<input type="checkbox"/> 17本胎次有生育先天缺陷兒之可能性		
資	<input type="checkbox"/> 18曾生育過先天缺陷兒 染色體結果或病名:		
	<input type="checkbox"/> 1A雜項		
	<input type="checkbox"/> 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 補助		
	<input type="checkbox"/> 染色體晶片分析		
料	<input type="checkbox"/> 其他檢驗		
	Ultrasonography&Amniocentesis		
Placenta: <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/> fundal			
Througy placenta: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
BPD_____cm			
Needle:No_____, No. of tap._____, Fluid in ml_____			