

BABYSEQ NIPT TEST TALAB FORMASI

Bemor Haqidagi Ma'lumotlar

(Shifokor tomonidan to'ldirilishi kerak.)

Iltimos, quyidagi ma'lumotlarni to'liq va aniq ravishda to'ldiring. Ushbu ma'lumotlar test natijasini Markazimiz tomonidan to'g'ri talqin qilish uchun zarurdir. Ma'lumotlarning noto'g'ri yoki to'liq bo'lmasligi va test natijasida tayyorlangan hisobotning shu sababli noto'g'ri bo'lishi holatida javobgarlik Markazimizga tegishli emasligini ma'lum qilamiz.

Bemorning shaxsiy ma'lumotlari:

Ism-familiyasi: _____ Telefon raqami: _____
Shaxsni tasdiqlovchi raqami (ID): _____ Manzili: _____
Tug'ilgan sanasi: _____ E-pochta: _____

Bemorning turmush o'rtog'ining shaxsiy ma'lumotlari: (BabySEQ Rare va BabySEQ XL testlari uchun turmush o'rtog'i ma'lumotlari zarur.)

Ism-familiyasi: _____ Telefon raqami: _____
Shaxsni tasdiqlovchi raqami (ID): _____ Manzili: _____
Tug'ilgan sanasi: _____ E-pochta: _____

Talabni yuborayotgan shifokorning:

Ism-familiyasi: _____ Muassasasi: _____
Telefon raqami: _____ E-pochta: _____

So'ralayotgan test

- ☐ Barcha xromosomal aneuploidiyalar — 13, 18, 21, X va Y (asosiy panel) ham kiradi
☐ Barcha xromosomal aneuploidiyalar + mikrodeletsiyalar va mikroduplikatsiyalar (kengaytirilgan panel)
☐ BabySEQ Rare
☐ BabySEQ XL

Gebelik Durumu

- ☐ Yakka homiladorlik
☐ Monoxorionik egizak homiladorlik
☐ Dixorionik egizak homiladorlik

Ikkinchi namuna

☐

Test so'ralish sababi:

- ☐ Skrining (tarama) ☐ Boshqa (izohlang): _____

Klinik va laboratoriya topilmalari

(Ajratilgan bo'limga sig'masa, bo'sh sahifadan foydalaning yoki bemorning epikriz formasidan bir nusxani so'rov formasiga ilova qiling):

Oila anamnezi

(Oiladagi boshqa bemor shaxslarning ismlari va qarindoshlik turi ham ko'rsatilishi kerak):

Zarur ma'lumotlar

("Zarur ma'lumotlar" bo'limini to'ldirish majburiy. Ushbu ma'lumotlar bo'lmasa, testlar boshlanmaydi.)

- Oxirgi hayz sanasi: _____ Bo'yi (sm): _____ Tug'ruqlar soni: _____
UZI sanasi: _____ Homiladorlikdan oldingi vazn: _____ Tushish / o'lik tug'ilishlar soni: _____
UZlga ko'ra homiladorlik haftasi: _____ NT qiymati: _____ Tug'ruqdan keyin o'lim: _____
☐ Tabiiy homiladorlik
☐ IVF – ko'chirilgan embrionlar soni: _____
☐ Inseminatsiya
☐ Donor sperma/tuxum hujayra
☐ Ayolda saraton tarixi
☐ Yo'qolgan egizak
☐ Mol / platsenta anomaliyasi

Namuna olish ma'lumotlari:

Olingan sana va vaqti: _____ Miqdori: _____
 Qabul qilingan sana va vaqti (Intergen tomonidan to'ldiriladi): _____
 Namuna qayerda olindi?: ☐ Intergen'da ☐ Tashqi markazda
 Olingan namuna (Intergen tomonidan to'ldiriladi): ☐ Mos ☐ Mos emas

Boshqa muhim eslatmalar:

Surunkali kasalliklar:

Boshqa eslatmalar:

Bemorni xabardor qilish

Sog'liqni saqlash sohasida har qanday aralashuvdan oldin bemor aralashuvning maqsadi, mohiyati, natijalari, ishonchliligi va xavflari haqida o'zining madaniy va ijtimoiy darajasiga mos tarzda, og'zaki, sodda va tushunarli shaklda xabardor qilinishi hamda ushbu jarayonga oid roziligi olinishi lozim. Iltimos, bemorni tanigan, u bilan yuzma-yuz uchrashgan davolovchi shifokor sifatida bemoringizni o'tkaziladigan genetik test bo'yicha ushbu doira va talablarga muvofiq tarzda og'zaki ravishda xabardor qiling. Markazimiz tomonidan tayyorlangan, <https://intergen.com.tr/tr/formlar> manzilidan topishingiz mumkin bo'lgan va sizga bir nusxasi yuborilgan yozma ma'lumot berish formasining bir nusxasini bemorga bering, bemorga o'qib chiqishi va savollarini berishi uchun yetarli (maqbul) vaqt ajrating. Agar bemorda tibbiy genetik mutaxassisligi doirasida javob berilishi zarur bo'lgan batafsil savollar bo'lsa, biz bilan bog'lanishingiz mumkin.

Natijalar tayyor bo'lgach, hisobot bevosita testni so'ragan shifokor sifatida sizga yuboriladi. Agar bemor hisobotni o'ziga boshqa yo'l bilan yuborilishini xohlasa (manzilga yopiq konvertida kuryer/pochta orqali, e-pochta va h.k.), qaysi usulni tanlaganini va ushbu usul bo'yicha aloqa ma'lumotlarini quyida yozing:

SHIFOKOR Ism-familiya: _____ Sana: _____ Imzo: _____ Muhr: _____	INTERGEN NOMIDAN Ism-familiya: _____ Sana: _____ Imzo: _____ Muhr: _____
--	--

Ushbu forma genetik testni so'ragan shifokor bilan Intergen o'rtasidagi xizmat ko'rsatish munosabatlarining shartlari va qoidalarini belgilaydi.

Nusxalari (fotokopiyalari) so'rov varaqasiga ilova qilinishi kerak.
☐ Ultratovush (UZI) hisoboti ☐ Ikki / uch / to'rtlik test natijasi



Intergen va Aysmed O'zbekistonda mahalliy va ma'muriy yechim hamkoridir.