

راهنمای تکمیل دفتر ثبت نتایج CBC در متقاضیان ازدواج

این دفتر برای ثبت نتایج اولیه‌ی آزمایش‌های متقاضیان ازدواج در آزمایشگاه تالاسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. لازم است در پایان هر فصل مسئول آزمایشگاه تعداد کل مراجعه‌کنندگان این استراتژی را براساس ردیف ثبت‌شده در دفتر، به تیم مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی اعلام‌نماید.

ستون ۱(ردیف): در ابتدای هر فصل از شماره‌ی ۱ شروع و تا پایان همان فصل ادامه می‌یابد. با آغاز فصل جدید شماره‌ی ردیف مجدداً از ۱ شروع می‌گردد.

تذکر: برای مواردی که در طول یک فصل به هر دلیل بیش از یک بار به آزمایشگاه جهت انجام آزمایش‌های مربوط به تالاسمی مراجعه می‌نمایند، برای تمام مراجعه‌ها شماره ردیف مراجعه اول قید می‌گردد.

ستون ۲(نام و نام خانوادگی): نام و نام خانوادگی مرد در ردیف بالا و مشخصات زن در ردیف پایین ثبت می‌شود.

ستون ۳(شماره ملی): شماره ملی مرد در ردیف بالا و شماره ملی زن در ردیف پایین ثبت می‌گردد.

ستون ۴(نام پدر): نام پدر مرد و زن هر دو به ترتیب در ردیف بالا و پایین نوشته می‌شود.

ستون ۵(تاریخ آزمایش): تاریخ انجام آزمایش ثبت می‌شود.

ستون ۶ و ۷ (MCV و MCH): ابتدا آزمایش CBC در مرد انجام می‌شود، چنانچه براساس الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش‌های تالاسمی

MCV ≥ 80 و MCH ≥ 27 باشد، نتیجه‌ی آن در ردیف مربوطه نوشته می‌شود. در این صورت نیازی به انجام CBC در زن نیست و HbA₂ برای آنها اندازه‌گیری نمی‌شود، ولی چنانچه در مرد MCV < 80 و/یا MCH < 27 باشد، در این صورت آزمایش CBC برای زن انجام می‌شود و نتیجه‌ی آن در ردیف پایین نوشته می‌شود.

ستون ۸(HbA₂): چنانچه در مرد و زن هر دو میزان MCV < 80 و/یا MCH < 27 باشد، در این صورت برای هر دو نفر HbA₂ به روش کروماتوگرافی ستونی اندازه‌گیری می‌شود و نتیجه‌ی آن در این ستون نوشته می‌شود.

ستون ۹(سایر موارد): سایر اندکس‌های خونی بسته به ضرورت در این ستون ثبت می‌شود.

ستون ۱۰(ملاحظات): این ستون مربوط به اطلاعات و توضیحات اضافی می‌باشد.

تذکر: برای سهولت در امر پیگیری و استخراج اطلاعات افرادی که MCV < 80 و/یا MCH < 27 دارند، توصیه می‌گردد اطلاعات این افراد با رنگ متفاوت از سایر افراد در دفتر مشخص گردد.

محل الصاق عکس

شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

فرم درخواست نظریه مشورتی

مشخصات زوج:

آقای

خانم

شماره‌ی ردیف در دفتر ثبت:

تاریخ: / /

الف) ارجاع به هماتولوژیست منتخب

هماتولوژیست محترم منتخب تالاسمی، جناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر

سلام علیکم

با احترام، زوج با مشخصات فوق که مراحل اولیه‌ی آزمایش‌های تالاسمی جهت شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی را در آزمایشگاه ویژه‌ی تالاسمی این شهرستان

انجام داده‌اند، جهت اعلام نظریه‌ی ارشادی معرفی می‌گردند. ضمن ارسال سوابق آزمایش‌های انجام شده، خلاصه اقدامات انجام شده به شرح ذیل می‌باشد.

خواهشمند است نظریه‌ی مشورتی خود را از طریق همین فرم اعلام فرمایید. در ضمن ارسال سوابق و نتایج تمام آزمایش‌های انجام شده به پیوست، مزید امتنان

خواهد بود.

مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی ژنتیک

مهر و امضای پزشک تیم مشاوره

ب) اعلام نظریه مشورتی به پزشک تیم مشاوره ژنتیک

پزشک محترم مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی ژنتیک

سلام علیکم

با احترام، ضمن ارسال نتایج آزمایش‌های انجام شده و سوابق ارسالی، نظریه این جانب به شرح ذیل اعلام می‌گردد.

۱- درمان کم‌خونی فقر آهن در □ آقا □ خانم □ هر دو و بررسی مجدد اندکس‌ها و HbA_2 و اقدام بر اساس الگوریتم غربالگری تالاسمی

۲- زوج کم‌خطر در بروز تالاسمی ماژور (عدم نیاز به اعلام مراقبت).

۳- زوج پرخطر در بروز تالاسمی ماژور و نیاز به بررسی‌های ژنتیک و انجام آزمایشات تشخیصی پیش از تولد.

۴- زوج پرخطر سایر هموگلوبینوپتی‌ها.

توضیحات تکمیلی مورد نیاز:

راهنمای تکمیل فرم شماره ۲ (درخواست نظریه مشورتی):

این فرم جهت درخواست نظریه مشورتی از هماتولوژیست منتخب برنامه تالاسمی است و در صورت نیاز توسط پزشک تیم مشاوره برای زوج‌های مشکوک به سندرم های تالاسمی تکمیل می‌شود.

ابتدا نام دانشگاه/ دانشکده و نام شهرستان نوشته می‌شود. سپس تاریخ تکمیل فرم و شماره‌ی ردیف در دفتر ثبت مشخصات مراجعین به مرکز مشاوره، نوشته می‌شود. قسمت چپ فرم محل الصاق عکس زوج (یک یا هر دو نفر) می‌باشد که لازم است عکس‌ها ممهور با مهر مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی ژنتیک باشند.

این فرم شامل ۲ قسمت است:

الف) قسمت اول توسط پزشک مشاوره‌ی ژنتیک تکمیل می‌شود. ابتدا نام و نام خانوادگی زوج (یکی یا هر دو نفر)، ثبت می‌گردد سپس با توجه به این‌که زوج‌ها در کدام مرحله‌ی الگوریتم کشوری باشند شماره مرحله مورد نظر، خلاصه‌ی اقدامات انجام‌شده و توضیحات مورد نیاز برای زوج نوشته می‌شود و پس از نوشتن نام مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی ژنتیک توسط پزشک مشاور مهر و امضا می‌شود. فرم جهت دریافت نظریه مشورتی به آدرس محل فعالیت هماتولوژیست منتخب برنامه تالاسمی ارسال می‌گردد.

تذکره: در صورت ارجاع مستقیم زوجین به هماتولوژیست منتخب، فرم به همراه سوابق آزمایشها در داخل پاکت قرار داده شده و پس از بستن درب پاکت، ممهور به مهر مرکز شده و پاکت تحویل زوجین می‌گردد.

ب) قسمت دوم مربوط به هماتولوژیست منتخب برنامه تالاسمی است. هماتولوژیست منتخب بر اساس رویت نتایج آزمایش‌های اولیه و تکمیلی نظریه‌ی مشورتی خود را جهت اطلاع پزشک تیم مشاوره اعلام می‌نماید. لازم است هماتولوژیست یکی از پنج گزینه درج شده در فرم را انتخاب نموده و در صورت نیاز توضیحات تکمیلی را در پایین فرم ثبت نماید و پس از مهر و امضا، فرم را جهت انجام سایر اقدام‌های مورد نیاز به همراه تمام سوابق عیناً به مرکز مشاوره‌ی ژنتیک ارجاع دهد.

نکته: مشاوره نهایی بر عهده پزشک مرکز مشاوره می‌باشد و هماتولوژیست منتخب برنامه تالاسمی فقط نظریه مشورتی خود را در فرم درج می‌نماید تا از دوگانگی در گفتار در سطوح مختلف اجتناب گردد.

نکته مهم: هماتولوژیست منتخب برنامه تالاسمی باید نظریه علمی خود را در فرم ثبت نموده و از به‌کار بردن جمله‌هایی نظیر «از دواج طرفین بلامانع است»، «از دواج بلامانع است» خودداری نماید.

بدیهی است مشاوره زوج فقط توسط پزشک و کارشناس تیم مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی و بر اساس دستورالعمل انجام می‌شود.

برنامه جامع کنترل بیماریهای ژنتیک، فرم ارجاع PND/بررسی ژنتیک

دانشگاه علوم پزشکی: مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک: شماره تلفن: شماره نمابر: آدرس: استان:

شهر: کوچه: پلاک: نام و نام خانوادگی پزشک مشاور ژنتیک ارجاع دهنده:

تاریخ ارجاع: ۱۳ / / نام بیماری مرتبط و علت ارجاع: نوع استراتژی کنترل بیماری:

بخش اول

الف) مشخصات و آزمایشهای قبلی

فرد	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	تحصیلات	محل تولد		دین	قومیت	قومیت والدین		استان محل تولد والدین	
				شهر	استان			پدر	مادر	پدر	مادر
مرد											
زن											

سال ازدواج: نسبت خویشاوندی: تعداد فرزندان مبتلا به این بیماری: تعداد فرزندان سالم:

آیا خانم باردار است؟ بلی نه سن جنین به هفته LMP: نوبت بارداری: نوبت PND:

خیر با ذکر علت ارجاع:

نشانی محل سکونت: استان: شهرستان: شهر: روستا: خیابان: کوچه: پلاک:

شماره تلفن (۱) شماره تلفن (۲) نوع بیمه: مشمول تسهیلات ویژه: خیر بلی درصد (مهر مرکز مشاوره ضرب گردد)

ب) نتیجه آزمایش های غیر ژنتیک

فرد	اولیه				تکمیلی مرحله اول (الکتروفورز)				تکمیلی مرحله دوم
	MCV	MCH	RBC	HBA2	HBA2	HBF	HBS	سایر	
مرد									
زن									

مهر و امضاء پزشک مشاور ژنتیک

ج) نتایج PND و بررسی ژنتیک قبلی:

سابقه بررسی موتاسیون: ندارد دارد افراد بررسی شده و نتایج بررسی به تفکیک:

.....

سابقه PND قبلی: ندارد دارد

دارد ندارد PND: تعداد جنین بیمار: تعداد جنین سقط شده: تعداد جنین سالم: تعداد جنین ناقل:

بخش دوم

شماره پرونده: تاریخ پذیرش: ۱۳ / / تاریخ اعلام نتایج نهایی: ۱۳ / /

نوع نمونه و تاریخ نمونه گیری:

نتایج بررسی موتاسیون (مستقیم و غیر مستقیم) و PND

فرد	نام و نام خانوادگی	نام موتاسیون	بررسی غیر مستقیم (محل های گویا)	تشخیص نهایی
زن				
مرد				
جنین				

پیشنهاد نهایی:

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول فنی آزمایشگاه: مهر آزمایشگاه

راهنمای تکمیل فرم شماره ۳: فرم ارجاع PND/بررسی ژنتیک

کاربرد:

۱ - درخواست PND و بررسی ژنتیک از سوی مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

۲ - اعلام نتیجه PND و بررسی ژنتیک از سوی مراکز منتخب تشخیص پیش از تولد

این فرم بطور مشترک در برنامه جامع کنترل بیماریهای ژنتیک مورد استفاده قرار می گیرد.

استفاده کنندگان:

۱ - مراکز مشاوره ژنتیک

۲ - مرکز منتخب تشخیص ژنتیک

شرح فرم:

ابتدا مشخصات مرکز درخواست کننده آزمایش ژنتیک ثبت می شود. سپس مشخصات درخواست کننده آزمایش و تاریخ ارجاع قید می شود. نام بیماری مرتبط و علت ارجاع و نوع استراتژی کنترل بیماری در آخرین خط این قسمت ثبت می شود.

بخش اول

این بخش شامل سه قسمت الف، ب و ج می شود، در قسمت الف مشخصات زن و مرد (زوجین متقاضی آزمایش) قید می شود. در این قسمت دو ردیف بعد از ردیف زن و مرد وجود دارد که به افراد نشانه ۱ و ۲ (در صورت نیاز به آزمایش ایشان) تعلق دارد. بعد از ردیف مشخصات فردی زوجین و نشانه ها (افراد دیگری که برای شناسایی موتاسیون مورد آزمایش قرار گرفته اند)، مشخصات خانوادگی زوجین قید می شود. در این قسمت چنانچه زوجین خویشاوند یک سویه یا دو سویه باشند، نسبت دقیق ذکر می شود و مشخصات فرزندانشان ثبت می گردد. وضعیت بارداری خانم بعد از این قسمت ثبت می شود. در آخرین ردیف از قسمت الف نشانی محل سکونت زوج یا فرد تحت بررسی، نوع بیمه فرد تحت بررسی، وضعیت تعلق گرفتن تسهیلات ویژه به ایشان با ذکر درصد مشمولیت، ثبت شده و اگر برخوردار از شرایط تسهیلات ویژه اند درصد برخورداری درج شده و مهر مرکز ضرب می گردد.

بعد از تکمیل ردیف های بالا، مشاور ژنتیک همچنین موظف است قسمت ب و ج را در صورت وجود مدارک ثبت نماید. در قسمت ب، کلیه نتایج آزمایشات غیر ژنتیک ثبت می شود. این ردیف به آزمایش های اولیه، تکمیلی مرحله اول و دوم تقسیم شده است. برحسب نوع بیماری این آزمایش ها متفاوت است و پزشک باید براساس دستورالعمل و الگوریتم آزمایشگاهی هر بیماری، آزمایشات اولیه و تکمیلی در خصوص افراد تحت بررسی برای بیماری مورد نظر را قید نماید. در ردیف ج، بررسی PND و بررسی ژنتیک قبلی افراد و یا بررسی موتاسیون ایشان ثبت می شود. در مورد موتاسیون باید به تفکیک قید شود چه فردی آزمایش شده و چه نتیجه ای حاصل شده است.

بخش دوم

ثبت مشخصات زوجین در این بخش به عهده مرکز منتخب تشخیص ژنتیک است (این مرکز باید فرمی را تحویل گرفته و تکمیل نماید که بخش اول آن توسط مشاور مربوطه تکمیل شده باشد).

در این قسمت ابتدا مشخصات پرونده، تاریخ پذیرش نمونه و تاریخ اعلام نتیجه نهایی به متقاضی خدمت، ثبت می شود و سپس مشخصات نمونه و تاریخ نمونه گیری قید می شود.

در جدول نتایج بررسی موتاسیون و PND، باید فرد مورد آزمایش (زن، مرد، نشانه و...) و نام خانوادگی آنها ثبت شود. سپس در ستون های مربوطه نوع (نام) موتاسیون، محل های گویا در بررسی غیر مستقیم و تشخیص نهایی نوشته می شود. در ردیف ما قبل آخر از این بخش پیشنهاد نهایی ذکر می شود. در آخرین خط صفحه، مشخصات مسئول فنی نوشته شده و مهر وی ضرب می شود.

فرم اعلام وضعیت مراقبت زوجین ناقل / مشکوک پرخطر تالاسمی

به مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ: / / ۱۳ شماره:

از مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ی ژنتیک:

سلام علیکم

با احترام، زوج با مشخصات ذیل جهت:

 انجام مراقبت ویژه برابر فلوجارت مراقبت زوجین ناقل / مشکوک پرخطر تالاسمی قطع مراقبت به دلیل ، بحضورتان

معرفی می گردد:

آدرس دقیق محل سکونت و تلفن تماس	وضعیت فرد از نظر تالاسمی		شماره ملی	نام پدر مرد زن	نام و نام خانوادگی مرد زن
	مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی	ناقل تالاسمی			

محل امضا پزشک مشاور ژنتیک

از: مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ: / / ۱۳ شماره:

به: مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

سلام علیکم

با احترام، زوج با مشخصات فوق، جهت اقدامات لازم بر اساس دستورالعمل کشوری معرفی می شوند.

تذکر: در صورت عدم شناسایی، اصل فرم در اسرع وقت به مرکز بهداشت شهرستان عودت داده شود.

محل امضا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

اصل به خانهدی بهداشت / پایگاه بهداشتی جهت اطلاع و اقدام بعدی تاریخ: / / ۱۳

محل امضا رئیس مرکز بهداشتی درمانی روستایی

راهنمای تکمیل فرم شماره ۵ (اعلام وضعیت مراقبت):

این فرم پس از انجام مشاوره‌ی ویژه‌ی ژنتیک برای هر زوج ناقل تالاسمی یا مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی، توسط کارشناس / کاردان تیم مشاوره‌ی ژنتیک تکمیل می‌شود و پس از امضا توسط پزشک مشاور ژنتیک، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد. کارشناس برنامه‌ی ژنتیک در مرکز بهداشت شهرستان، با توجه به نشانی زوج‌ها و پس از امضای رئیس مرکز بهداشت و ثبت در دبیرخانه‌ی این مرکز، فرم را به مرکز / مراکز بهداشتی درمانی مربوطه ارسال می‌نماید و پس از آن پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی با توجه به محل سکونت زوج، اصل فرم را به پایگاه بهداشتی یا خانه‌ی بهداشت مربوطه ارجاع می‌دهد. واحد بهداشتی دریافت‌کننده‌ی فرم، اقدام‌های بعدی را براساس فلوجارت مراقبت و پیگیری‌های تعیین‌شده در دستورالعمل انجام خواهد داد.

تذکر: یک برگ تصویر فرم باید توسط کارشناس برنامه‌ی ژنتیک در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود.

تاریخ تکمیل فرم، به تفکیک روز / ماه / سال در قسمت مربوط درج می‌شود. نام مرکز بهداشت شهرستان دریافت‌کننده‌ی فرم و نام مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی ژنتیک ارسال‌کننده‌ی فرم در قسمت‌های مربوط نوشته می‌شود.

مشخصات زوج شامل نام و نام خانوادگی همراه با شماره ملی، نام پدر، وضعیت فرد از نظر ناقل یا مشکوک پرخطر بودن تالاسمی و نشانی دقیق محل سکونت (براساس آدرس درج شده در فرم شماره ۱) نوشته می‌شود.

توجه:

چنانچه یک یا هر دو زوج ساکن شهرستان دیگری باشند، فرم شماره ۵ از طریق مکاتبه‌ی اداری به معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده مربوطه ارسال می‌شود.

فرم شماره ۵ فقط یک بار توسط تیم مشاوره تکمیل می‌شود. برای گزارش مهاجرت‌ها نیازی به تکمیل مجدد این فرم نیست و انجام مکاتبه کافی می‌باشد.

تعهدنامه مشاوره ژنتیک

شماره‌ی ردیف در دفتر ثبت مشخصات مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی ژنتیک:

تاریخ مراجعه به تیم مشاوره:

الف) مشخصات زوج:

نام و نام خانوادگی مرد زن	نام پدر مرد زن	شماره ملی	طبقه بندی نهایی	آدرس دقیق محل سکونت و تلفن تماس

ب)

اینجانبان:

آقای: فرزند: شماره ملی: صادره از:

خانم: فرزند: شماره ملی: صادره از:

با آگاهی از نتیجه‌ی آزمایش‌های انجام شده و احتمال تولد کودک مبتلا به بیماری در بارداری های آتی، تصمیم به ازدواج گرفته و درخواست صدور گواهی انجام آزمایش های قبل از ازدواج جهت ثبت قانونی ازدواج را داریم.

متعهد می گردیم در راستای پیشگیری از تولد فرزند/ فرزندان بیمار کلیه اقدامات لازم تشخیصی و درمانی شامل:

(۱) بررسی های ژنتیک

(۲) آزمایش های تشخیص پیش از تولد

(۳) سقط جنین در صورت ابتلای به بیماری

را براساس راهنمایی مشاوران ژنتیک و کارکنان واحد بهداشتی محل سکونت خود در موعد مقرر انجام دهیم.

امضا و اثر انگشت خانم

امضا و اثر انگشت آقا

مهر و امضاء

تاریخ / / ۱۳

نام و نام خانوادگی پزشک مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی

راهنمای تکمیل فرم شماره ۷ (تعهدنامه مشاوره ژنتیک):

این فرم قبل از صدور گواهی ازدواج تکمیل شده و شامل دو قسمت می باشد:

قسمت الف): توسط پزشک مشاور ژنتیک تکمیل می شود:

ابتدا مشخصات زوج شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره ملی نوشته می شود، سپس با توجه به نتیجه ی نهایی آزمایش ها یکی از دو گزینه ی زوج مینور یا زوج مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی برای زوج ثبت می گردد.

قسمت ب): توسط زوج مطالعه می شود و در قسمت پایین فرم در محل های تعیین شده امضا و اثر انگشت آنها زده می شود. در صورت لزوم و صلاح دید پزشک تیم مشاوره ، می توان در زیر امضا و اثر انگشت زوج، از والدین یا سایر بستگانی که در جلسه های مشاوره به طور مؤثر شرکت داشته اند به عنوان شاهد، امضا و اثر انگشت گرفت.

گواهی انجام مشاوره ژنتیک (ویژه زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی ماژور)

شماره‌ی ردیف در دفتر ثبت مشخصات مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشتی‌درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی ژنتیک:

تاریخ مراجعه به تیم مشاوره:

الف) مشخصات زوج:

نام و نام خانوادگی مرد زن	نام پدر مرد زن	شماره ملی	آدرس دقیق محل سکونت و تلفن تماس

ب)

گواهی می‌شود اینجانبان:

آقای:

فرزند:

شماره ملی:

صادره از:

خانم:

فرزند:

شماره ملی:

صادره از:

آزمایش‌های اولیه تشخیص تالاسمی را انجام داده و در جلسه مشاوره ژنتیک شرکت نمودیم و از میزان خطر بروز تالاسمی در فرزند/فرزندان خود آگاه شده و راهنمایی لازم را برای چگونگی پیشگیری از بروز بیماری تالاسمی را دریافت کردیم.

امضا و اثر انگشت آقا

امضا و اثر انگشت خانم

نام و نام خانوادگی پزشک مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی

تاریخ / / ۱۳

مهر و امضاء

راهنمای تکمیل گواهی انجام مشاوره ژنتیک :

این فرم قبل از صدور گواهی ازدواج برای زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی تکمیل می گردد و نحوه تکمیل این فرم مشابه تکمیل فرم شماره ۷ می باشد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۸: فرم بررسی زنان باردار بدون سابقه انجام غربالگری در زمان ازدواج

این فرم در دانشگاههایی که استراتژی سوم را اجرا می نمایند در مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاههای بهداشتی توسط کارشناس یا کاردان بهداشت خانواده و در خانههای بهداشت توسط بهورزان تکمیل می گردد و به منظور شناسایی زوجهای ناقل تالاسمی در زوجین بدون سابقه انجام غربالگری تهیه شده است. همچنین قسمت بالای فرم براساس اطلاعات منطقه ای و زمان فعالیت تکمیل می شود.

ستون ۱: شماره ردیف در این ستون ثبت می شود.

ستون ۲: نام و نام خانوادگی زن ثبت می شود.

ستون ۳: شماره ملی زن ثبت می شود.

ستون ۴: تاریخ ارجاع به پزشک (به منظور انجام آزمایش CBC در زن) ثبت می شود.

ستون ۵ (نتیجه ارجاع به پزشک): شامل دو قسمت است:

قسمت الف) در صورتی که نتیجه آزمایش CBC در زن طبیعی باشد ($MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$) ستون «ندارد» به معنی این است که نیاز به اقدام دیگری نیست و با \times علامت گذاری می شود.

قسمت ب) در صورتی که نتیجه آزمایش CBC در زن طبیعی نباشد ($MCV < 80$ و/یا $MCH < 27$)، آزمایش CBC برای شوهر او درخواست می شود. در این صورت نسبت به ثبت نام و نام خانوادگی مرد و تاریخ ارجاع به پزشک در ستون و ردیف مربوط اقدام می شود و چنانچه نتیجه آزمایش CBC در مرد طبیعی باشد ($MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$) در قسمت «نیاز به پیگیری بعدی ندارد» علامت \times زده می شود. در غیر این صورت ($MCV < 80$ و/یا $MCH < 27$) تاریخ ارجاع زوجها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی جهت اقدامهای بعدی، در ستون و ردیف مربوط ثبت می شود.

پس از دریافت پس خوراند از مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک از طریق فرم شماره ۵، نتیجه در این ستون ذکر می شود. برای مثال: قطع پیگیری به دلیل زوج ناقل نبودن، شروع مراقبت ویژه براساس فلوجارت مراقبت.

سه ماهه سال

شماره:

به: مرکز بهداشت شهرستان

تاریخ / / ۱۳

از: مرکز تزریق خون

سلام علیکم

با احترام، مشخصات افراد شناسایی شده ی جدید مبتلا به بیماری تالاسمی (بروز جدید / مراجعه ی جدید) در جدول زیر جهت اطلاع و پیگیری های بعدی ارسال می شود:

نشانی محل سکونت و تلفن تماس	نوع پیگیری		تاریخ تولد	نام پدر	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
	شناسایی جدید*					
	بروز جدید	مراجعه جدید				
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰

توجه: کلیه موارد شناسایی جدید باید از طریق کارشناس تالاسمی مرکز بهداشت شهرستان به تیم مشاوره ژنتیک اعلام گردد.

محل مهر و امضا رئیس بیمارستان/کلینیک

راهنمای تکمیل فرم شماره‌ی ۹ (اعلام مشخصات افراد شناسایی‌شده‌ی جدید مبتلا به بیماری تالاسمی):

این فرم به منظور معرفی موارد شناسایی شده جدید طراحی شده است.

در پایان هر فصل (حداکثر تا روز پنجم اولین ماه فصل بعد) توسط سرپرستار مرکز تزریق خون تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. شماره ردیف، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، تاریخ تولد، نوع پیگیری بر اساس گزینه های موجود و نشانی دقیق و تلفن بیمار در این جدول ثبت می‌شود.

تذکر: اعلام نشانی و شماره تماس صحیح و دقیق جهت دسترسی و انجام اقدام‌های مؤثر و سریع اهمیت ویژه ای دارد.

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد بروز بیماری های ژنتیک
 دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
 مرکز بهداشت شهرستان.....

اطلاعات بیمار										
۱	نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>	ملیت:	تاریخ تولد: / / ۱۳	کد ملی:	استان محل تولد:	شهرستان محل تولد:	گروه بیماری:	
	نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>	ملیت:	تاریخ تولد: / / ۱۳	کد ملی:	استان محل تولد:	شهرستان محل تولد:	گروه بیماری:	
	تحت پوشش: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشتی <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> تیم سیار <input type="checkbox"/>	آدرس محل سکونت	شهرستان:	شهر:	روستا:	خیابان:	کوچه:	پلاک:	واحد یا فرد شناسایی کننده بیمار:	
	کد پستی:	شماره تلفن:	شماره همراه سرپرست خانواده:							
۲	آیا در این گروه بیماری، غربالگری نوزادان انجام می شود؟ <input type="checkbox"/> بلی (تکمیل قسمت شماره ۳) <input type="checkbox"/> خیر (مراجعه به قسمت ۴)									
۳	آیا برای این بیمار جهت غربالگری نوزادان نمونه گیری انجام شده است؟									
	- <input type="checkbox"/> بلی تاریخ نمونه گیری / / ۱۳ شهرستان محل نمونه گیری: نام مرکز نمونه گیری:									
	نتیجه ی آزمایش / آزمایش های مثبت غربالگری:									
	- <input type="checkbox"/> خیر ، با ذکر علت (مراجعه به قسمت ۴):									
	آیا برای بیمار آزمایش / آزمایش های تایید تشخیص انجام شده است؟									
	- <input type="checkbox"/> بلی با ذکر تاریخ / / ۱۳ نام آزمایشگاه: شهرستان:									
	نتیجه ی: آزمایش / آزمایش های تایید تشخیص:									
	- <input type="checkbox"/> خیر ، لطفا علت ذکر گردد:									
۴	آیا بیمار تحت مراقبت های درمانی می باشد؟									
	<input type="checkbox"/> بلی ← تاریخ شروع درمان: / / ۱۳ مشخصات مرکز درمانی: شهرستان محل درمان:									
	<input type="checkbox"/> خیر ← ذکر علت:									
	آیا وضعیت بالینی بیمار تحت کنترل می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:									
۵	وضعیت سایر فرزندان (برادران و خواهران نی):									
	فرزندان سالم یا ناقل	فرزندان آزمایش نشده	فرزندان مبتلا به بیماری مورد بررسی	فرزندان مبتلا به سایر بیماری های ژنتیک (با ذکر نوع بیماری)	فرزندان فوت شده مبتلا به بیماری مورد بررسی	فرزندان فوت شده مبتلا به سایر بیماری های ژنتیک (با ذکر دلیل)	نوزاد مرده بدنیا آمده	تعداد سقط جنین بدلیل ابتلا به بیماری مورد نظر	تعداد سقط جنین به علت سایر دلایل (با ذکر دلیل)	
									تعداد	
۶	مشخصات والدین									
	نام	نام خانوادگی	سال تولد	کدملی	ملیت	استان محل تولد	شغل	میزان تحصیلات	قومیت	گوش
	پدر									
	مادر									
	سال ازدواج: رابطه ی خویشاوندی: <input type="checkbox"/> ندارند <input type="checkbox"/> دارند ← ذکر دقیق نسبت:									
۷	آیا غربالگری زوجین برای این گروه از بیماری انجام می شود؟ <input type="checkbox"/> بلی (تکمیل قسمت شماره ۸) <input type="checkbox"/> خیر (مراجعه به قسمت ۹)									

۸	<p style="text-align: right;">آیا این زوج غربالگری شده است؟</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> خیر</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ذکر علت عدم غربالگری:</p> <p><input type="checkbox"/> عدم شروع غربالگری</p> <p><input type="checkbox"/> عقد غیر ثبتی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر با ذکر علت:</p> </div> </td> <td style="width: 5%; border: none; text-align: center; vertical-align: middle;"> </td> <td style="width: 45%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>نام شهرستان محل غربالگری:</p> <p>تاریخ انجام غربالگری:</p> <p>نتایج آزمایش های غربالگری (بر اساس نتایج CBC دفتر آزمایشگاه یا ثبت در دفتر مشاوره):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">MCV</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">MCH</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">HBA2</td></tr> </table> <p>سایر توضیحات:</p> </div> </td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> خیر</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ذکر علت عدم غربالگری:</p> <p><input type="checkbox"/> عدم شروع غربالگری</p> <p><input type="checkbox"/> عقد غیر ثبتی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر با ذکر علت:</p> </div>		<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>نام شهرستان محل غربالگری:</p> <p>تاریخ انجام غربالگری:</p> <p>نتایج آزمایش های غربالگری (بر اساس نتایج CBC دفتر آزمایشگاه یا ثبت در دفتر مشاوره):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">MCV</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">MCH</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">HBA2</td></tr> </table> <p>سایر توضیحات:</p> </div>		MCV		MCH		HBA2	
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> خیر</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ذکر علت عدم غربالگری:</p> <p><input type="checkbox"/> عدم شروع غربالگری</p> <p><input type="checkbox"/> عقد غیر ثبتی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر با ذکر علت:</p> </div>		<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>نام شهرستان محل غربالگری:</p> <p>تاریخ انجام غربالگری:</p> <p>نتایج آزمایش های غربالگری (بر اساس نتایج CBC دفتر آزمایشگاه یا ثبت در دفتر مشاوره):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">MCV</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">MCH</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">HBA2</td></tr> </table> <p>سایر توضیحات:</p> </div>		MCV		MCH		HBA2			
	MCV										
	MCH										
	HBA2										
۹	<p>آیا والدین بیمار جهت مشاوره ژنتیک ارجاع شده اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p> <p>آیا زوج تحت مشاوره ی ویژه ی ژنتیک قرار گرفته اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p> <p>آیا بر اساس مستندات موجود (فرم شماره ۵)، مشخصات زوج جهت مراقبت ویژه به واحد بهداشتی مربوطه اعلام گردیده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p> <p>آیا بر اساس مستندات موجود (فرم شماره ۶ و پرونده خانوار)، زوج طبق فلوجارت مراقبت تحت پیگیری مستمر قرار داشته اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p> <p>آیا زوج برای این بارداری تمایل داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر با ذکر نوع روش پیشگیری از بارداری (در آن زمان):</p> <p>آیا زوج قبل از تولد این کودک بیمار، PND1 را انجام داده اند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی با ذکر تاریخ / / ۱۳ و ذکر نام آزمایشگاه (ژنتیک):</p> <p><input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p> <p>آیا زوج در این بارداری PND2 را انجام داده اند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی با ذکر تاریخ / / ۱۳ و ذکر نام آزمایشگاه (ژنتیک):</p> <p><input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p>										
۱۰	<p>آیا زوجه بارداری قبلی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی (تکمیل قسمت شماره ۱۱) <input type="checkbox"/> خیر (مراجعه به قسمت ۱۲)</p>										
۱۱	<p>آیا زوج آزمایش های مرحله ی دوم PND را انجام داده اند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی دفعه PND مرحله ی دوم انجام شده که دفعه جنین مبتلا به شکل شدید بیماری بوده است. <input type="checkbox"/> خیر با ذکر علت:</p>										
۱۲	<p>علت بروز بیماری: <input type="checkbox"/> خطای آزمایشگاه غربالگری <input type="checkbox"/> خطای آزمایشگاه ژنتیک <input type="checkbox"/> خطای تیم مشاوره ژنتیک <input type="checkbox"/> خطای تیم مراقبت</p> <p><input type="checkbox"/> سایر با ذکر علت:</p>										
۱۳	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمت: تاریخ تکمیل فرم: / / ۱۳</p> <p>نظریه ی کارشناس شهرستان:</p> <p>امضاء</p>										
۱۴	<p>نام و نام خانوادگی بررسی کننده: سمت: تاریخ بررسی: / / ۱۳</p> <p>نظریه ی کارشناس استان:</p> <p>راهکارهای پیشنهادی:</p> <p>امضاء</p>										

توجه:

۱. مشخصات بیمار بر اساس اطلاعات شناسنامه ای تکمیل شود و تاریخ تولد واقعی بیمار ذکر گردد.

۲. هر گونه مستندات با ذکر دقیق تاریخ، محل و فرد انجام دهنده خدمت قابل پذیرش می باشد و مستندات موجود تا حد امکان بایستی ضمیمه این فرم گردد و بعد به سطح بالاتر ارسال گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۱۱ (فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد بروز بیماری های ژنتیک):

این فرم پس از کسب اطلاع از هر مورد بروز بیماری ژنتیک، توسط کارشناس برنامه‌ی ژنتیک شهرستان تکمیل می‌شود. براساس دستورالعمل برنامه‌ی تالاسمی، بیمارستان موظف است تمام موارد شناسایی شده‌ی جدید تالاسمی ماژور (مراجعه‌ی جدید/ تولد جدید) را در پایان هر فصل از طریق فرم شماره‌ی ۹ به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کند. کارشناس برنامه نیز موظف است با مراجعه به والدین بیمار، برای موارد بروز جدید این فرم را تکمیل نماید.

نکته مهم:

هر فردی که در بیمارستان خون دریافت می‌نماید لزوماً بیمار تالاسمی نیست و فقط مواردی بعنوان بروز تالاسمی در نظر گرفته می‌شوند که تشخیص قطعی تالاسمی برای بیمار در بیمارستان ثبت شده باشد.

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد بروز بیماری شامل ۱۳ ردیف مجزا است.

ابتدا بالای فرم، نام دانشگاه و شهرستان مربوط نوشته می‌شود، سپس قسمت‌های مورد نظر به شرح زیر تکمیل می‌شود.

ردیف ۱: مشخصات بیمار، آدرس و شماره تماس، گروه بیماری و واحد یا فرد شناسایی کننده بیمار بر اساس اطلاعات خواسته شده ثبت می‌گردد. منظور از تحت پوشش مرکز، خانه بهداشت یا هر واحد بهداشتی می‌باشد که بیمار و خانواده او خدمات اولیه بهداشتی را از آن واحد دریافت می‌نمایند.

ردیف ۲: در این ردیف باید مشخص گردد که برای بیماری مورد بررسی غربالگری نوزادی وجود دارد یا نه. اگر پاسخ بلی باشد ردیف ۳ و در غیر این صورت ردیف ۴ تکمیل می‌گردد.

ردیف ۳: در این قسمت وضعیت نمونه گیری برای انجام غربالگری و آزمایش تایید تشخیص و نتایج مربوط به آن برای بیمار ثبت می‌گردد.

ردیف ۴: ابتدا از وضعیت درمان بیمار سوال می‌گردد. اگر جواب بلی باشد تاریخ شروع درمان و مشخصات محل درمان برای بیمار ثبت می‌شود و اگر جواب خیر باشد در آن صورت علت عدم درمان بیمار باید مشخص گردد.

ردیف ۵: در این ردیف وضعیت سایر فرزندان خانواده و تعداد آنها بر اساس جدول درج شده مشخص می‌گردد.

ردیف ۶: مشخصات والدین در جدول درج شده در این ردیف ثبت می‌گردد.

ردیف ۷: در این قسمت به این سوال که « آیا غربالگری زوجین برای این گروه از بیماری انجام می‌شود؟ » پاسخ داده می‌شود. در صورت پاسخ بلی ردیف ۸ تکمیل می‌گردد و در صورت پاسخ خیر به ردیف شماره ۹ مراجعه می‌گردد.

ردیف ۸: در این ستون از وضعیت غربالگری زوج سوال می‌گردد که اگر زوجین غربالگری شده باشند قسمت مربوط به پاسخ بلی تکمیل می‌گردد و اگر زوج غربالگری نشده باشند قسمت مربوط به گزینه خیر تکمیل می‌گردد.

ردیف ۹: در این ردیف وضعیت مشاوره ژنتیک، مراقبت زوج و انجام آزمایش های ژنتیک مشخص می‌گردد.

تذکر: هرگونه مستندات بایستی با ذکر دقیق تاریخ، محل و فرد انجام دهنده خدمت بوده و تا حد امکان بایستی ضمیمه این فرم گردیده و به

سطح بالاتر ارسال گردد.

از زوج‌ها در خصوص انجام مشاوره توسط تیم مشاوره، دریافت رسانه آموزشی مربوط به بیماری و انجام مرحله‌ی اول PND سوال شده پاسخ قید می‌شود.

از والدین در خصوص انجام و عدم انجام آزمایش‌های مرحله‌ی دوم PND در بارداری این کودک سوال شده و در صورتی که پاسخ مثبت باشد، تاریخ آزمایش، نام آزمایشگاه و نتیجه‌ی آزمایش نوشته می‌شود.

از والدین در خصوص اطلاع از نتیجه‌ی آزمایش PND و اقدام به سقط (ممکن است اقدام شود، ولی به دلایل متفاوتی چون بارداری بیش از ۱۶ هفته موفق نشده باشد) سوال شده و بر حسب مورد در قسمت مربوط علامت × زده می‌شود.

ردیف ۱۰: در خصوص بارداری های قبلی سوال شده و بر اساس پاسخ داده شده ردیف بعد تکمیل می‌گردد.

ردیف ۱۱: در صورتی که فرد سابقه بارداری قبلی داشته باشد در این قسمت در خصوص انجام آزمایش های تشخیص پیش از تولد سوال می‌گردد.

ردیف ۱۲: پس از بررسی مستندات موجود علت بروز بیماری از داخل گزینه های موجود انتخاب می‌گردد. اگر علت بروز بیماری در گزینه های موجود وجود نداشته باشد گزینه سایر علل انتخاب گردیده و علت بروز نوشته می‌شود.

ردیف ۱۳: مشخصات تکمیل کننده‌ی فرم (کارشناس ژنتیک شهرستان) شامل نام و نام خانوادگی و سمت آن است. همچنین باید در پایان بررسی، نظریه‌ی نهایی کارشناس شهرستان در خصوص علت بروز و نیز راهکارهای پیشنهادی به منظور پیشگیری از وقوع موارد جدید بتا تالاسمی ماژور قید گردد.

قسمت ۱۴: این ردیف پس از ارسال فرم مذکور به مرکز بهداشت استان، توسط کارشناس برنامه‌ی ژنتیک استان تکمیل می‌شود. کارشناس برنامه ضمن نوشتن مشخصات فردی و سمت خود، نظریه‌ی نهایی و نیز راهکارهای پیشنهادی را به‌منظور پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور ثبت می‌نماید. لازم است اصل فرم پس از تکمیل به مرکز بهداشت شهرستان ارجاع‌شده و یک نسخه از تصویر آن به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال‌شود و نسخه‌ی دیگر جهت ارزیابی، تعیین مشکلات، برنامه‌ریزی جهت ارتقای برنامه و ... در استان بایگانی‌شود.

پرسشنامه‌ی بررسی نتیجه‌ی مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی در زوجین متقاضی ازدواج

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

مرکز بهداشت شهرستان.....

قسمت اول

این قسمت از پرسشنامه در آغاز جلسه‌ی مشاوره توسط کارشناس / کاردان تیم مشاوره و برای زوجین ناقل تالاسمی / پرخطر در بروز تالاسمی (برای مرد و زن بصورت جداگانه) تکمیل می‌شود.

اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی:

سن:

جنسیت:

ملیت:

محل تولد

استان:

شهرستان:

شهر:

روستا:

میزان تحصیلات: بی‌سواد خواندن و نوشتن ابتدایی راهنمایی و دبیرستان دیپلم دانشگاهی

شغل: بیکار کارگر کارمند آزاد بازنشسته و بازرگانی کشاورز سایر موارد:

قومیت: فارس کرد لر گیلک بلوچ ترکمن عرب ترک سایر موارد:

رابطه‌ی خویشاوندی زوج‌ها: دارند ذکر دقیق رابطه: ندارند

زمان مراجعه:

الف) قبل از عقد شامل: قبل از مراجعه به محضر و قبل از هر اقدامی با معرفی‌نامه‌ی محضر

انجام برخی اقدام‌ها^۱ شامل:

ب) بعد از عقد

ج) سایر موارد:

نتیجه‌ی مشاوره:

انصراف

ازدواج

نشانی محل سکونت فعلی با ذکر تلفن:

نشانی محل زندگی مشترک (در صورت وجود) با ذکر تلفن:

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده‌ی فرم: سمت: تاریخ: / / ۱۳ امضا:

^۱. برخی از اقدام‌ها مانند خبرکردن فامیل و آشنایان، عقد موقت غیررئیتی و ...

قسمت دوم:

در پایان جلسه‌های مشاوره توسط هر یک از زوجها(مرد - زن) به‌طور جداگانه تکمیل شده و به کارشناس تیم مشاوره تحویل می‌شود.

آگاهی‌سنجی:

۱. بیماری تالاسمی چیست؟

الف) یک بیماری مسری است که از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود

ب) نوعی بیماری خونی و ارثی است که از والدین سالم ناقل(مینور) به فرزندان منتقل می‌شود

۲. انواع تالاسمی عبارتند از: الف) ماژور و مینور ب) ماژور و کم‌خونی فقر آهن

۳. آیا تولد یک فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور امکان تولد فرزند مبتلا را در بارداری‌های بعدی از بین می‌برد؟ بلی خیر

۴. تشخیص پیش از تولد تالاسمی چیست؟

الف) تشخیص بیماری تالاسمی ماژور در جنین است ب) تشخیص تالاسمی مینور در اطرافیان بیمار

۵. در صورت تصمیم به ازدواج چگونه صاحب فرزند سالم می‌شوید؟

الف) با مراجعه به یکی از مراکز ژنتیک منتخب و انجام به‌موقع آزمایش‌های تشخیص قبل از تولد، می‌توانم صاحب فرزند سالم شوم

ب) نیاز به مراجعه به مرکز ژنتیک نیست؛ زیرا ممکن است شانس بیاورم و فرزندم سالم به دنیا بیاید

۶. جهت پیشگیری از تولد فرزند بیمار، چه موقع باید به مرکز تشخیص پیش از تولد مراجعه کرد؟

الف) جهت آزمایش مرحله‌ی اول باید قبل از بارداری به مرکز تشخیص پیش از تولد مراجعه کرد. این آزمایش فقط یک بار انجام می‌شود و زن و شوهر هر دو باید آزمایش شوند

ب) جهت انجام آزمایش مرحله‌ی دوم باید در هفته‌ی ۱۰ بارداری به مرکز تشخیص پیش از تولد مراجعه کرد. در این مرحله فقط جنین آزمایش می‌شود

ج) الف و ب هر دو درست است

۷. روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری کدام یک از موارد زیر را شامل می‌شود؟

الف) دستگاه IUD - آمپول تزریقی - قرص

ب) بستن لوله‌ها در زن و مرد

ج) تمام موارد

۸. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات شما چیست؟

الف) وسایل ارتباط جمعی(رادیو، تلویزیون و روزنامه) ب) مدرسه ج) جلسه‌های مشاوره

د) سایر موارد(با ذکر نام)

۹. مهم‌ترین علت تصمیم‌گیری خود را برای انصراف یا ازدواج بنویسید؟

.....

.....

.....

.....