

訊聯集團 第一孕期子癩(癲)前症風險評估調整公告

訊聯集團為提供良好服務，於 2015 年開始提供第一孕期子癩(癲)前症風險評估的服務，檢測進行多年間承蒙醫界抬愛，給予敝公司服務臨床需求與持續改進的機會。經醫界先進指教，為提供更全面的服務，將進行以下調整：

一、第一孕期篩檢同意書改版

將協助合作院所更新第一孕期子癩(癲)前症風險評估同意書以及第一孕期唐氏症暨子癩(癲)前症同意書，請留意個案若為雙胞胎需填寫以下特定欄位。
(註：欲進行雙胞胎子癩(癲)前症風險評估需使用新版同意書)

本表格使用中文自動辨識系統，為提高辨識效果，請使用藍或黑筆以正楷填寫並勿超出方格外，謝謝您的合作！



檢體編號請填註於邊
第一孕期子癩前症風險評估同意書(PES)

基本資料：受檢者本人親填，紅色內容必須提供！

抽血日期	西元 20____年____月____日	病歷號碼	
醫院序號/名稱		預產期	西元 20____年____月____日
受檢者姓名		看診醫師	
受檢者出生日期 (年份可擇一填寫)	西元____年____月____日，____歲 民國____年____月____日		
身分證字號		電話	
地址			
種族	<input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 白種人 <input type="checkbox"/> 東亞裔(中、日、韓、越南、印尼等) <input type="checkbox"/> 中西亞裔 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 其他		
體重	____公斤	懷孕次數：____ 生產次數：____ (若生產次數≥1，請填以下問題)	
身高	____公分	前胎生產日期：西元____年____月____日；前胎生產時週數____週 (*雙胞胎必須)	
		胎兒曾早產： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 受檢者曾患子癩前症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
胞胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎； <input type="checkbox"/> 雙胞胎為 羊膜(<input type="checkbox"/> 單 <input type="checkbox"/> 雙)、絨毛膜(<input type="checkbox"/> 單 <input type="checkbox"/> 雙)		
家族史	受檢者母親曾患子癩前症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (*雙胞胎必須)		
是否抽菸	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	是否有糖尿病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 第一型 <input type="checkbox"/> 第二型，有執行 <input type="checkbox"/> Diet 或有服用 <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Metformin) <input type="checkbox"/> 未知
是否接受排卵刺激	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	是否接受捐贈卵	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (捐贈者出生日期：西元____年____月____日)
是否為試管嬰兒	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 新鮮卵， <input type="checkbox"/> 冷凍卵，凍卵日：西元____年____月____日 <input type="checkbox"/> 冷凍胚胎，冷凍日：西元____年____月____日， <input type="checkbox"/> ICSI)		
最後一次月經	西元 20____年____月____日		

- ① 雙胞胎需填寫前胎生產史
- ② 需填寫胞胎數
- ③ 雙胞胎需填寫家族史、是否罹患糖尿病
- ④ 三胞胎以上無法進行篩檢
- ⑤ 雙胞胎需填寫 2 個 CRL 值

以下由醫護人員填寫，紅色內容必須提供！

子癩前症風險評估請填寫此欄：(雙胞胎需填寫兩個，三胞胎以上無法計算子癩前症風險)	
超音波檢查 檢查日期：西元 20____年____月____日	
*CRL 值須介於 45-84mm 之間	
*超音波照片請貼於第二聯背面，若不提供則以此同意書所填寫之數據進行風險計算	
※CRL	____ (mm) ____ (mm)
慢性高血壓 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未知	紅斑性狼瘡(SLE) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未知
	抗磷質酶候群(APS) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未知
子宮動脈血流脈動係數(Uterine Artery PI) 左：____ 右：____	超音波照片請貼於第二聯背面
血壓(mm/Hg) 測壓時間間隔2分鐘以上	
	第一次測量
左手	收縮壓____ 舒張壓____
右手	收縮壓____ 舒張壓____
	第二次測量
左手	收縮壓____ 舒張壓____
右手	收縮壓____ 舒張壓____