Health

PRE-ECLAMPSIA SCREENING FORM

(TH) คนไข้ชื่อ_____นามสกุล_____ **(โปรดระบุทุกครั้ง)**

(EN) Patient first name_____Last name_____H.N._____

Birth Date (DD/MM/(YYYY)_____Date sampling _____/_____/_____ Received in the lab _____/_____/_____

Hospital/Clinic (ชื่อสถานพยาบาล/คลินิก) _____ Tel. _____

(EN) Physician name_____ Tel. _____

CLINICAL DETAILS**

Origin (เชื้อชาติ) ** ดูรายละเอียดหน้า 2 **

☐ Afro-Caribbean ☐ Caucasian

☐ Oriental (Thai, East-Asian) ☐ Other (Mix)_____

☐ Asian (South-Asian)

Diabetes (ประวัติเบาหวาน) *

☐ None ☐ DM I ☐ DM II (dietary) ☐ DM II (insulin treatment)

Smoking (สูบบุหรี่)*

☐ No ☐ Yes

☐ First pregnancy

Number of spontaneous deliveries between (จำนวนการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ >24 weeks)_____

Interval (ระยะเวลาการตั้งครรภ์ที่ห่างกันกับบุตรก่อนหน้า)_____years_____months

Prev. preg. delivery date (วันเกิดของบุตรคนล่าสุด)* ___/___/___

Prev. baby weight (น้ำหนักคลอดของบุตรคนล่าสุด) _____g

GA at delivery (Prev. preg)_____weeks_____days ☐ ประวัติการแท้ _____ ครั้ง

Pregnancy history(ประวัติคนไข้) *

☐ SLE ☐ APS

☐ Chronic hypertension

☐ Prev. history of PE

☐ Patient's mother had PE

☐ None of the above

PREGNANCY INFORMATION วันที่ _____/_____/_____**

Weight (น้ำหนัก)*_____kg Height (ส่วนสูง)*_____cm

Conceptional (การตั้งครรภ์โดย) * ☐ Spontaneous

☐ Ovulation induction w/o IVF ☐ Clomiphene treatment

☐ *ใช้ยากระตุ้นชนิดอื่น (โปรดระบุ) : _____*

(หากการตั้งครรภ์ เป็นวิธี Ovulation induction ต้องระบุชื่อยาที่ใช้กระตุ้นด้วยทุกครั้ง)

Twin pregnancy (กรณีครรภ์แฝดสอง) Chorionicity*

☐ Dichorionic, Diamniotic ☐ Monochorionic, Diamniotic

☐ Monochorionic, Monoamniotic ☐ Other

IVF: Type

☐ Normal IVF ☐ GIFT ☐ ZIFT

☐ ICSI

☐ IVF: Embryo transfer date___/___/___

☐ Frozen eggs Egg Extraction date ___/__/___

☐ Donor eggs Egg Donation date ___/___/___

Egg Donator birth date ___/___/___

Blood Pressure (ผลความดันโลหิต) วันที่ _____/_____/_____**

Left Syst #1	Left Dias #1	Left Syst #2	Left Dias #2	Right Syst #1	Right Dias #1	Right Syst #2	Right Dias #2

** CRL ควรอยู่ระหว่าง 42 – 79 mm **

ULTRASOUND Date วันที่ _____/_____/_____**

Fetus 1	CRL**_____mm.=_____weeks_____days	Fetus 1	UAPI (L) _____ UAPI (R)_____
Fetus 2	CRL**_____mm.=_____weeks_____days	First trimester for Pre-eclampsia screening GAต้องอยู่ในช่วง 11^{+0} – 13^{+6}	

Ethnicity	
Afro-Caribbean (Africa / Caribbean)	ประเทศในทวีปแอฟริกา และแถบทะเลแคริบเบียน
Oriental (East-Asian)	ประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออก เช่น ไทย ลาว พม่า เวียดนาม จีน เกาหลี ญี่ปุ่น
Asian (South-Asian)	ประเทศในกลุ่มเอเชียใต้ เช่น อัฟกานิสถาน, บังกลาเทศ, ภูฏาน, อินเดีย, มัลดีฟส์, เนปาล, ปากีสถาน และศรีลังกา
Caucasian (European & North America)	ประเทศในกลุ่มยุโรปและอเมริกาเหนือ
Other (Mix)	ประเทศอื่นๆ หรือผู้ที่มีหลายเชื้อชาติ เช่น ลูกครึ่ง