

PRE-ECLAMPSIA SCREENING FORM

Patient first name (ชื่อ) _____ Last name (นามสกุล) _____ H.N. _____

Birth Date (DD/MM/YYYY) ____/____/____ Blood collection date ____/____/____ Received in the lab ____/____/____

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

Hospital/Clinic's address (ที่อยู่สถานพยาบาล) _____

Physician name (ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ) _____ Tel. _____

First trimester for Pre-eclampsia screening GA ณ วันที่เจาะเลือดต้องอยู่ในช่วง 11⁺⁰ – 13⁺⁶ ** (โปรดระบุทุกครั้ง)**

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 (ตั้งครรภ์ครั้งแรก)

☐ ประวัติการแท้ง _____ ครั้ง

Pregnancy history (ประวัติคนไข้) *

- ☐ SLE ☐ APS
☐ Chronic hypertension
☐ Prev. history of PE
☐ Patient's mother had PE
☐ None of the above

☐ Previous pregnancy (มีประวัติการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้) กรุณากรอกประวัติ ดังต่อไปนี้

- Number of pregnancies ≥ 24 weeks (จำนวนการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ที่มีอายุครรภ์ ≥ 24 weeks) _____ ครั้ง
- Interval (ระยะเวลาการตั้งครรภ์ที่ห่างกันกับบุตรก่อนหน้านี้) _____ years _____ months
- Prev. preg. delivery date (วันเกิดของบุตรคนล่าสุด) * ____/____/____
- Prev. baby weight (น้ำหนักคลอดของบุตรคนล่าสุด) _____ g
- GA at delivery (อายุครรภ์ ณ วันที่คลอด) _____ weeks _____ days

PREGNANCY INFORMATION วันที่ ____/____/____ **

Weight (น้ำหนัก) * _____ kg Height (ส่วนสูง) * _____ cm

Conceptional (การตั้งครรภ์โดย) * ☐ Spontaneous

☐ Ovulation induction w/o IVF ☐ IVF: Embryo transfer date ____/____/____

Twin pregnancy (กรณีครรภ์แฝดสอง) Chorionicity *

- ☐ Dichorionic, Diamniotic ☐ Monochorionic, Diamniotic
☐ Monochorionic, Monoamniotic ☐ Other

IVF: Type

- ☐ Normal IVF ☐ GIFT ☐ ZIFT
☐ Clomiphene treatment ☐ ICSI
☐ 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	UAPI (UTPI)	UAPI (L) _____ UAPI (R) _____
Fetus 2	CRL ** _____ mm. = _____ weeks _____ days	Noted :	

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