

Patient Details (ข้อมูลส่วนตัว):

Patient ID (HN): Blood Draw Date (วันที่เจาะเลือด): (DD/MM/YYYY)

Patient Name (ชื่อ): Maternal Age (อายุ): Years (ปี) Months (เดือน)

Patient Surname (สกุล): Maternal Weight (น้ำหนัก): Kg/ Height (ส่วนสูง): Cm

Patient Date of Birth (วันเดือนปีเกิด): (DD/MM/YYYY) Ethnic Group (เชื้อชาติ):

Clinician Contact Information (ข้อมูลแพทย์):

Clinician Name (แพทย์ผู้ส่งตรวจ): Hospital/ Clinic Name (โรงพยาบาล/ คลินิก):

Email (อีเมล): Telephone number (เบอร์โทรศัพท์):

Detail of Pregnancy (ข้อมูลการตั้งครรภ์):

Gestational age (อายุครรภ์): Weeks (สัปดาห์) Days (วัน) (By Ultrasound LMP EDC Others

Sex determination required (การตรวจเพศของทารกในครรภ์)* Yes (ต้องการ) No (ไม่ต้องการ)
*Sex determination is not currently available for twins./ กรณีฝาแฝดไม่สามารถตรวจเพศของทารกในครรภ์ได้

Multiple pregnancy status (การตั้งครรภ์)**: Singleton (ครรภ์เดียว) Twin (ครรภ์แฝดสอง)
Chorionicity (if twins): Dichorionic (แฝดต่างไข่) Monochorionic (แฝดไข่ใบเดียวกัน) Not known (ไม่ทราบ)
**The test is only compatible with single or twin pregnancies./ การทดสอบนี้ตรวจได้เฉพาะการตั้งครรภ์เดี่ยวหรือครรภ์แฝดสองเท่านั้น

IVF (เด็กหลอดแก้ว): Yes (ใช่) No (ไม่)

Donor egg/embryo (การรับบริจาคไข่/ ตัวอ่อน): Yes (ใช่) No (ไม่)

Surrogate (การอุ้มบุญ): Yes (ใช่) No (ไม่)

Maternal age when egg harvested (if different from maternal age above): years (ปี)
(อายุของมารดา ณ วันที่เก็บไข่ กรณีแตกต่างจากอายุมารดาที่ระบุด้านบน)

Additional notes (บันทึกเพิ่มเติม) (e.g. further note on pregnancy, history, heparin use):

Patient History (ประวัติการตรวจรักษา):

Prior screening test (มีการตรวจคัดกรองที่เคยทำมาก่อน): Yes (ใช่) No (ไม่)

(if yes) Details (ถ้ามีโปรดระบุ): T21 risk: 1 in (ความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Trisomy 21 เท่ากับ 1 ใน)
T18 risk: 1 in (ความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Trisomy 18 เท่ากับ 1 ใน)
T13 risk: 1 in (ความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Trisomy 13 เท่ากับ 1 ใน)
Others (อื่น ๆ)

Previous pregnancy affected by chromosome/genetic disease Yes (ใช่) No (ไม่)
(เคยมีการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้มีความผิดปกติทางพันธุกรรมเกิดขึ้น):
(if yes) Details (ถ้ามีโปรดระบุ):

Family history of genetic disease (มีประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว): Yes (ใช่) No (ไม่)
(if yes) Details (ถ้ามีโปรดระบุ):