

PRE-ECLAMPSIA SCREENING FORM

 (EN) Patient first name _____ Last name _____ **** (โปรดระบุทุกครั้ง)****

(TH) คนไข้ชื่อ _____ นามสกุล _____ H.N. _____

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

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

Hospital/Clinic's address (ที่อยู่สถานพยาบาล) _____

(TH) ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ _____ Tel. _____

(EN) Physician name _____ Tel. _____

 Request for: First Trimester GA 11⁺⁰ – 13⁺⁶ Pre-eclampsia screening **** ในการวิเคราะห์ผล CRL ควรอยู่ระหว่าง 42 – 79 mm ****
CLINICAL DETAILS**

Origin (เชื้อชาติ)** ดูรายละเอียดหน้า 2 <input type="checkbox"/> Afro-Caribbean (Africa / Caribbean) <input type="checkbox"/> Oriental (East-Asian) <input type="checkbox"/> Asian (South-Asian) <input type="checkbox"/> Caucasian (European & North America) <input type="checkbox"/> Other (Mix).....	Diabetes (ประวัติเบาหวาน)** <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> DM I <input type="checkbox"/> DM II (dietary) <input type="checkbox"/> DM II (insulin treatment) Smoking (สูบบุหรี่)** <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> First pregnancy <input type="checkbox"/> Twin in prev. pregnancy (บุตรก่อนหน้านี้เป็นแฝด) Number of spontaneous deliveries between (ระบุจำนวนบุตรก่อนหน้า) ** >24 wks _____ Interval (ระยะเวลาการตั้งครรภ์ที่ห่างกันกับบุตรก่อนหน้า) _____yrs+ _____mths Prev. preg. delivery date (วันเกิดของบุตรคนล่าสุด) ** ____/____/____ Prev. baby weight (น้ำหนักคลอดของบุตรคนล่าสุด) _____g GA at delivery _____wks+ _____days	Pregnancy history (ประวัติคนไข้)** <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Chronic hypertension <input type="checkbox"/> Prev. history of PE <input type="checkbox"/> Patient's mother had PE <input type="checkbox"/> None of the above

PREGNANCY INFORMATION Date (วันที่) ____/____/____ **

Weight (น้ำหนัก)** _____kg Height (ส่วนสูง)** _____cm Conceptional (การตั้งครรภ์โดย)** <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Ovulation induction w/o IVF <input type="checkbox"/> IVF: Embryo transfer date ____/____/____ Twin pregnancy (กรณีครรภ์แฝดสอง) Chorionicity** <input type="checkbox"/> Dichorionic, Diamniotic <input type="checkbox"/> Monochorionic, Diamniotic <input type="checkbox"/> Monochorionic, Monoamniotic <input type="checkbox"/> Other	IVF: Type <input type="checkbox"/> Normal IVF <input type="checkbox"/> GIFT <input type="checkbox"/> ZIFT <input type="checkbox"/> Clomiphene treatment <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Frozen eggs Egg Extraction date ____/____/____ <input type="checkbox"/> Donor eggs Egg Donation date ____/____/____ Egg Donator birth date ____/____/____
---	--

Blood Pressure (ผลความดันโลหิต)**

MAP (mmHg)	Left Syst #1	Left Dias #1	Left Syst #2	Left Dias #2	Right Syst #1	Right Dias #1	Right Syst #2	Right Dias #2

ULTRASOUND Date (วันที่) ____/____/____ **

Fetus 1 CRL** _____mm= _____wks _____days	Fetus 1 UAPI (L) _____ UAPI (R) _____
Fetus 2 CRL** _____mm= _____wks _____days	

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