

### فرم رضایت نامه تست غربالگری غیر تهاجمی کروموزومی جنین

**Cell Free DNA** یک تست غیر تهاجمی قبل از تولد برای غربالگری اختلالات کروموزومی شایع جنین با استفاده از DNA آزاد جنینی موجود در خون مادر میباشد. این روش اساساً برای غربالگری کروموزومهای ۱۳، ۱۸، ۲۱ از هفته ۱۰ بارداری برای بارداریهای تک قل و دوقلو قابل انجام میباشد. جنسیت جنین نیز در این روش با دقت بالا قابل گزارش میباشد. این آزمایش نیازمند خون مادر باردار میباشد، بنابراین برای مادر و جنین بی خطر است. توجه داشته باشیم، کسانیکه در حال حاضر دچار بد خیمی (سرطان) هستند یا قبلاً سابقه داشته اند کاندید مناسبی برای این تست نمیشاند. اگرچه این تست دقیق است اما در حال حاضر فقط کروموزومهای نامبرده بررسی میشود و سایر کروموزومها مورد بررسی قرار نمیگیرد. همچنین احتمال بسیار اندکی وجود دارد مشکل کروموزومی در جنین وجود نداشته باشد ولی بدلیل موزایسم جفتی یا تغییرات کروموزومی مادری نتیجه تست مثبت گردد. از اینرو، این نتایج بایستی با توجه به سایر معیارها و فاکتورهای بالینی تجزیه و تحلیل شود. بنابراین، مشاوره توسط پزشک ارجاع دهنده یا متخصص ژنتیک قبل و بعد از نمونه گیری و در صورت نیاز توصیه تستهای تکمیلی تهاجمی از قبیل آمنیوسنتز ضروری است. طبق درخواست فقط تست مذکور بر روی نمونه های جمع آوری شده انجام خواهد شد، بنابراین هیچگونه تست تکمیلی دیگری بر روی نمونه انجام نخواهد شد.

### رضایت نامه

این نمونه به خارج از کشور ارسال میگردد و هزینه انجام آزمایش بر اساس تعرفه های وزارت بهداشت نمیشود و توسط مرکز انجام دهنده آزمایش تعیین میگردد. از این رو اینجانب با آگاهی کامل از ارسال نمونه به خارج از کشور و هزینه آن، رضایت کامل خود را جهت انجام تست اعلام میدارم. تصدیق می نمایم که اطلاعات تست را خوانده ام یا برای من خوانده شده است بطوریکه تمام مطالب آن را متوجه شده ام. همچنین به اینجانب فرصت داده شده تا با پزشک ارجاع دهنده/متخصص ژنتیک در مورد تمامی جنبه های تست سل فری که شامل مزایا و محدودیت های این تست است مشورت کنم. اینجانب تصدیق می کنم تمام اطلاعات شخصی نوشته شده در فرم درخواست تست صحیح است و چیزی پنهان نشده است و این مرکز هیچگونه مسئولیتی را در قبال اطلاعات اشتباه یا نادرست بعداً نمی گیرد. همچنین به اینجانب توضیح داده شد که:

۱. علیرغم دقت بالا، این آزمایش یک روش غربالگری است و احتمال گزارش مثبت و منفی کاذب وجود دارد که البته در بارداری دوقلویی می تواند کمی بیشتر باشد. از اینرو این آزمایش نمیتواند جایگزین روشهای تشخیصی از قبیل آمنیوسنتز و پرزهای جفتی گردد.
۲. در موارد مثبت، انجام تست های تشخیصی از قبیل آمنیوسنتز و پرزهای جفتی طبق نظر پزشک معالج ضروری میباشد.
۳. در مواردی که این آزمایش ریسک پایینی گزارش نماید ولی نتایج سونوگرافی جنین (در سه ماهه اول و دوم) نرمال نباشد، انجام تست های تشخیصی توصیه میگردد.
۴. درصد کمی از موارد بعلت ناکافی بودن مقدار DNA جنینی در گردش خون مادر زمان جوابدهی طولانی تر و یا نیاز به نمونه گیری مجدد می باشد. چنانچه بعلتی از جمله کم بودن میزان DNA جنینی در خون مادر، این آزمایش قادر به جوابدهی نمونه شما نباشد استفاده از روشهای تشخیصی از قبیل آمنیوسنتز و پرزهای جفتی توصیه میگردد.
۵. در این آزمایش فقط کروموزومهای ذکر شده در بالا از نظر تعداد بررسی میگردد و سایر کروموزومها و اختلالات ژنتیکی بررسی نمیکرد. همچنین موارد موزایسم برای کروموزومهای فوق ممکن است تشخیص داده نشوند.
۶. منشاء DNA آزاد جنینی بطور غالب از جفت میباشد و حدود ۱ تا ۲ درصد از تمام بارداریها ممکن است موزایسم محدود به جفت داشته باشند که در آن سلولهای جفتی دارای اختلال کروموزومی ولی جنین نرمال باشد و بر عکس. بنابراین، احتمال عدم تطابق نتایج کروموزومی جنین با این آزمایش وجود دارد.

تاریخ

امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی خانم باردار

پرسشنامه غربالگری جنین از طریق DNA آزاد در خون مادر

اطلاعات خانم باردار

وزن مادر(کیلو):	تاریخ تولد مادر:	نام و نام خانوادگی مادر:
قد مادر:	تلفن:	آدرس/شهر/استان:
کد ملی:		

اطلاعات بارداری و تست درخواستی

تعداد جنین: <input type="checkbox"/> تک قلو <input type="checkbox"/> دو قلو <input type="checkbox"/> دو قلو بوده اما یک قل از بین رفته است (در صورتیکه یک قل از بین رفته باشد باید حتما ۸ هفته از زمان سقط گذشته باشد). چند هفته از زمان سقط قل دیگر گذشته است؟ ..... بارداری مونوکور یونیک است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تاریخ آخرین سونوگرافی: سن بارداری بر اساس آخرین سونوگرافی: ..... و ..... روز سن بارداری در حال حاضر:
ریسک نتایج تست های غربالگری چنانچه انجام شده باشد (لطفا کپی نتایج ضمیمه گردد): NTD:      T13:      T18:      T21:	
بارداری از طریق لقاح مصنوعی/IVF بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا تخمک اهدایی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نتایج سونوگرافی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد عدد سونوگرافی NT در سه ماهه اول (لطفا کپی سونوگرافی ضمیمه گردد): ..... mm آیا نتایج سونوگرافی غیر طبیعی میباشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (چنانچه به غیر از NT نتایج سونوگرافی غیر طبیعی میباشد کپی سونوگرافی ضمیمه گردد و در زیر مختصر توضیح داده شود):	
تاریخ و ساعت نمونه گیری:	تاریخ و ساعت ارسال:
تمامی اطلاعات فوق درست و مورد تایید اینجانب ..... میباشد. امضاء و اثر انگشت	

اطلاعات مرکز ارجاع دهنده

نام مرکز/آزمایشگاه:	دکتر ارجاع دهنده:
شماره پذیرش:	تلفن:
آدرس/شهر/استان:	
فرم رضایت نامه امضاء شده: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر کپی کارت ملی ضمیمه شده است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر مهر و امضاء مرکز ارجاع دهنده	