

رضایت نامه جهت انجام آزمایش (اختلالات کروموزومی جنین)

نام و نام خانوادگی مادر باردار:	شماره پذیرش:
سن جنین براساس سونوگرافی:	نوع نمونه:
آزمایش درخواستی: کشت کروموزومی □ QF-PCR □ aCGH □ علت مراجعه:	
آدرس و تلفن:	
نام پزشک / مشاور ژنتیک / مرکز ارسال نمونه:	

➤ رضایت نامه

اینجانب رضایت کامل خود را جهت بررسی نمونه جنین خود از نظر اختلالات کروموزومی اعلام می دارم و امضای اینجانب به منزله قبول تمامی مواردی است که در زیر توضیح داده شده است.

- جهت انجام این تست نیاز به نمونه آمیوتیک یا پرزهای جنینی است، که دارای ریسک سقط می باشد و می بایست از نمونه گیر توضیحات لازم درخواست شود.
- آزمایش سیتوژنتیک یک فرآیند پیچیده و زمان بر است که در صورت رشد مناسب سلول های جنینی، حداقل نیازمند ۳ هفته زمان جهت انجام تست است.
- برای موفقیت این تست، نیاز به وجود سلول های زنده و قابل رشد است. ممکن است به دلیل حمل و ارسال نادرست، نمونه آلوده گردد. در این حالت احتمال جوابدهی به شدت کاهش می یابد و نیاز به نمونه گیری مجدد است.
- در برخی موارد برای به قطعیت رساندن نتیجه، ممکن است سوابق پزشکی و بررسی کروموزومی سایر افراد خانواده و یا آزمایش های تکمیلی مثل aCGH (با هزینه جداگانه) درخواست شود.
- طبق قوانین کشور مجوز قانونی سقط جنین تا پایان هفته ۱۸ بارداری صادر می گردد.
- این تست قادر به شناسایی اختلالات کروموزومی است که در محدوده تشخیص روش های روتین سیتوژنتیک باشد و اختلالات بسیار ریز (Microdeletions)، موزایسم های کروموزومی با درجه کم، موزایسم های جفتی، اختلالات تک ژنی و نقایص مادرزادی که علل دیگر داشته باشند را تشخیص نمی دهد.
- تقریباً ۳-۵٪ تمام بارداری ها ممکن است دارای نقایص مادرزادی باشند، که توسط آزمایش مذکور قابل شناسایی نباشد.
- در صورت خونی بودن نمونه و آلودگی با سلول های مادری، احتمال رشد سلول های مادر همراه با جنین وجود دارد؛ که می تواند بر نتیجه نهایی تأثیرگذار باشد. آزمایش مولکولی می تواند این مورد را تأیید یا رد نماید.
- احتمال رشد در نمونه هایی که آلودگی با خون مادر داشته باشند و یا نمونه هایی که زیر ۱۵ هفته بارداری گرفته شده باشند؛ کاهش می یابد که ممکن است منجر به عدم رشد و یا تأخیر در جوابدهی گردد.
- مشاوره ژنتیک توسط فرد متخصص جهت تفهیم مزایا، محدودیت های آزمایش درخواستی، ریسک های مرتبط و تفسیر نتایج توصیه می گردد.
- در صورت انصراف از انجام آزمایش در هر مرحله ای، هزینه های پرداختی تا آن مرحله عودت داده نمی شود.

نام و امضاء زوج و زوجه : تاریخ تکمیل فرم :