آزمایشگاه دنا
DeNA Laboratory

فرم پذیرش آمنیوسنتز (کاریوتایپ جنینی) و یا CVS

شماره پذیرش: .....

شماره سند: EXA-FR-QAM-00042-00001

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: روز / ماه / سال سن: ..... گروه خون: .....

کدملی: ..... نام پزشک: ..... نام پزشک نمونه‌گیر: .....

نشانی دقیق محل سکونت: .....

تلفن ثابت: (و کد شهرستان) ..... تلفن همراه: .....

- تاریخ نمونه گیری: روز / ماه / سال
- تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی(LMP): روز / ماه / سال
- تاریخ سونوگرافی: روز / ماه / سال
- سن جنین هنگام سونوگرافی: روز + هفته
- سن‌جنین درحال‌حاضر: روز + هفته
- جنسیت احتمالی جنین: ☐ دختر ☐ پسر ☐ نمی دانم
- نوع نمونه: ☐ مایع‌آمنیون ☐ CVS ☐ نمونه جنین سقط شده
- آیا آزمایش غربالگری در این آزمایشگاه (دنا) انجام شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- علت درخواست آمنیوسنتز و یا CVS: ☐ نتیجه مثبت در آزمایشات غربالگری ☐ نتیجه مثبت در تست cell free DNA ☐ سن بالا ☐ سابقه فرزند و یا جنین مبتلا به اختلالات کروموزومی ☐ سایر .....
- سابقه سقط: ☐ بلی ☐ خیر ☐ تعداد سقط: .....
- علت و تاریخ سقط ها: .....
- سابقه فرزند با مشکلات ژنتیکی: ☐ بلی ☐ خیر مشکل فرزند: .....

درصورت مثبت بودن پاسخ سوال قبل، آیا بررسی ژنتیکی شده است: ☐ بلی ☐ خیر (در صورت انجام، کپی از جواب آزمایش تحویل آزمایشگاه شود)

اینجانب آگاه هستم طبق قوانین داخلی کشور در صورت تایید پزشکی قانونی مبنی بر سقط درمانی، اجازه سقط قانونی تا هفته ۱۹ داده می‌شود. اجازه سقط قانونی در ایران فقط با تایید آمنیوسنتز یا تایید حداقل دو روش مولکولی سریع داده می شود.

جوابدهی آزمایش آمنیوسنتز۳-۴ هفته می باشد.

اگر بدلیل مراجعه در هفته بارداری بالا، جواب آزمایش بعد از هفته ۱۹ حاضر شود مسئولیت قانونی آن به عهده فرد آزمایش دهنده است.

احتمال دارد که رشد سلول یا بافت جنین یا آنالیز مولکولی/ کروموزومی/ بیو شیمیایی موفقیت آمیز نباشد یا نتیجه معنی داری بدست نیاید، در نتیجه جهت تایید یا تکرار آزمایشات ممکن است نیاز به نمونه گیری مجدد آمنیوسنتز و یا نمونه CVS باشد.

در هنگام آلودگی نمونه با سلول های مادری و در نمونه های آلوده به خون، احتمال خطا در تشخیص و یا عدم رشد افزایش می‌یابد.

در هر آزمایش امکان ۰/۵ درصد خطا وجود دارد و در هر شرایطی احتمال وقوع موارد نادر و تصادفی مطرح است.

استفاده از منافع معنوی حاصل از نتایج بررسی با حفظ اصول اخلاقی و حریم خصوصی توسط آزمایشگاه دنا بلامانع است.

اینجانب ..... با اطلاع کامل از نکات بالا و محدودیت های روش‌های آزمایشگاهی، می‌پذیرم که تفسیرجواب آزمایش به عهده پزشک درخواست کننده بوده و در صورت بروز هرگونه خسارت مادی و معنوی ناشی ازعدم رعایت موارد فوق الذکر اذعان دارم که آزمایشگاه دنا هیچ‌گونه مسئولیتی درقبال آسیب های وارده ندارند. همچنین ضمن اطلاع از هزینه آزمایش، رضایت کامل خود را جهت انجام آزمایش اعلام داشته و تعهد می‌نمایم که درطول مراحل آزمایش براساس اطلاع رسانی و توصیه های فنی مسئولین ذیربط آزمایشگاه دنا اقدام نمایم و تبعات ناشی از عدم قبول پیشنهادات آزمایشگاه را می‌پذیرم.

تاریخ، امضاء و اثرانگشت:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید:

ارسالی از ..... شماره پذیرش آزمایشگاه مبداء ..... تاریخ ارسال روز / ماه / سال کد آزمایشگاه .....

توضیحات: .....