

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم رضایت نامه سیتوژنتیک PND		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۱۳
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

اطلاعات بیمار:

نام و نام خانوادگی:	شماره پذیرش:	سن جنین براساس سونوگرافی:	نوع نمونه:
علت مراجعه:			
آزمایش درخواستی:			

اینجانب محدودیتهای آزمایش سیتوژنتیک را برای زوج/زوجه به تفصیل توضیح دادم.

نام پزشک/مشاور ژنتیک/مرکز ارسال کننده

نمونه:.....امضاء:.....

آدرس:.....تلفن:.....

اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه جنین خود از نظر اختلالات کروموزومی اعلام می دارم و امضای اینجانب در زیر این رضایت نامه بیانگر اینست که تمامی موارد زیر به تفصیل اینجانب توضیح داده شد. به اینجانب توضیح داده شد که جهت انجام این تست نیاز به نمونه مایع آمینوتیک یا پرزهای جنینی است که دارای ریسک سقط و محدودیتهای خاص خود میباشد که می بایست از متخصص نمونه گیر توضیحات لازم درخواست شود. آزمایش سیتوژنتیک یک فرایند پیچیده و زمان بر (حداقل ۳ هفته) میباشد. موفقیت این تست در گرو وجود سلولهای زنده و قابل رشد میباشد و ممکن است بعلت حمل و ارسال نادرست نمونه، آلودگی و یا بدلایل تکنیکی در آزمایشگاه احتمال جوابدهی به شدت کاهش یابد و نیاز به نمونه گیری مجدد باشد. در برخی موارد برای به قطعیت رساندن نتیجه، ممکن است سوابق پزشکی و بررسی کروموزومی سایر افراد خانواده یا آزمایشهای تکمیلی مثل aCGH (با هزینه جداگانه) جهت تفسیر نهایی مورد نیاز باشد. طبق قوانین کشور ما، تا پایان هفته ۱۸ بارداری مجوز قانونی جهت سقط وجود دارد. این تست قادر به شناسایی اختلالات کروموزومی است و اختلالات احتمالی تک ژنی را تشخیص نمیدهد. تقریباً ۳-۵٪ تمام بارداریها ممکن است دارای نقایص مادرزادی باشند که توسط آزمایش مذکور قابل شناسایی نباشند.

مشاور ژنتیک توسط فرد متخصص جهت تفهیم مزایا، محدودیتهای آزمایش درخواستی، ریسک های مرتبط و تفسیر نتایج توصیه میگردد.

همچنین در صورت انصراف از انجام آزمایش در هر مرحله ای هزینه های پرداختی تا آن مرحله عودت داده نمیشود.

تاریخ:

نام وامضاء: زوج یا زوجه

آدرس: تهران - خیابان محمدعلی جناح - بالاتر از بلوار شهید گلاب - نرسیده به
 فلکه دوم صادقیه - نیش کوچه عابدزاده - طبقات همکف تا چهارم
 تلفن: ۰۲۱۴۴۲۸۷۶۳۲-۵