

SKIEROWANIE na badanie przesiewowe w kierunku najczęstszych trisomii chromosomowych u płodu przy zastosowaniu NIEINWAZYJNEGO TESTU PRENATALNEGO [NIPT – Noninvasive Prenatal Test]

Badanie wykonywane jest we współpracy z Uniwersytetem w Leuven, Belgia



DANE IDENTYFIKACYJNE PACJENTKI/
IDENTIFICATION MOTHER

Imię/name: _____

Wielkość ciąży/gestational age: _____ tygodni/weeks

Nazwisko/Surname: _____

NIPT nie może być wykonany poniżej 11 tygodnia ciąży

Termin porodu/expected date of delivery:...../...../.....

Adres: _____

Ciąża/Pregnancy

mnoga /multiple

Pojedyncza
/singleton

Telefon/Phone: _____

Data urodzenia/Data of birth:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
d d m m r r r r

Waga przed ciążą/
Weight before pregnancy _____ kg

Wzrost/height : _____ , _____ m

ŚWIADOMA ZGODA

WYMAGANA

Test NIPT nie może być wykonany bez podpisania formularza świadomej zgody przez Pacjentkę (na odwrocie).

POBRANIE KRWI

KREW POWINNA BYĆ DOSTARCZONA DO LABORATORIUM DO 72 GODZIN OD MOMENTU POBRANIA

10 ml STRECK® probówka

10 ml probówka Roche cfDNA

Data pobrania krwi:/...../.....

Godzina pobrania krwi: h min

WSKAZANIE

Wiek Pacjentki/ _____ lat/years of age
Maternal age

Badanie wykonane na prośbę pacjentki bez wskazań medycznych / Personal request

Wywiad rodzinny w kierunku chorób genetycznych/Family history:

Inne istotne klinicznie informacje /Other relevant clinical information:

Jakich? _____

Data skierowania: __ / __ / 201__

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

**Badanie przesiewowe w kierunku najczęstszych trisomii chromosomowych u płodu przy zastosowaniu NIEINWAZYJNEGO TESTU PRENATALNEGO (NIPT)
INFORMED CONSENT OF THE PREGNANT WOMAN**

ŚWIADOMA ZGODA KOBIETY W CIĄŻY

1. Zostałam poinformowana o możliwościach i ograniczeniach testu, które zostały opisane w ulotce informacyjnej. Miałam możliwość uzyskania dodatkowych informacji od lekarza prowadzącego.

I have been informed about the possibilities and limitations of this test, as described in the information brochure. I have had the opportunity to ask additional information from my doctor.

2. Rozumiem, że test jest przeznaczony do wykrywania trisomii chromosomów 13, 18 i 21 pary od 11 tygodnia ciąży. W przypadku podejrzenia zwiększonego ryzyka innej choroby genetycznej (patologii) może być wskazane wykonanie odpowiedniego (innego) testu genetycznego.

I understand that this test is designed to detect trisomy 21, 18 and 13 as from 11 weeks of gestation. Other more appropriate testing may be required when there is an increased risk for certain other genetic disorders.

3. **Test NIPT jest testem przesiewowym.** Aczkolwiek wiarygodność uzyskanego wyniku testu NIPT jest wysoka, ale nie 100%. **Mimo prawidłowego wyniku testu, istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że dziecko urodzi się z trisomią jednego z badanych chromosomów.** Nieprawidłowy wynik testu powinien być zawsze potwierdzony inwazyjnymi metodami diagnostyki prenatalnymi (preferencyjnie wskazana amniopunkcja).

I have been informed that this test is very accurate, but not 100%. In case of a normal result, the probability that the baby would still have trisomy 21, 18 or 13 is very low, but cannot be completely excluded. An abnormal result should always be confirmed by invasive prenatal testing (preferably amniocentesis).

4. Wynik badania będzie dostępny maksymalnie w ciągu trzech tygodni kalendarzowych.

The result will be available within a maximum of three calendar weeks.

5. Rozumiem, że w około 1,5% przypadków możliwe jest nie otrzymanie wyniku testu z powodów technicznych lub biologicznych. W takim przypadku konieczne będzie pobranie nowej próbki krwi bez ponoszenia przeze mnie dodatkowych kosztów

I understand that in less than 1,5% of the cases, the NIPT is inconclusive or fails. In this case, the NIPT can be repeated once on a second blood sample (at no additional cost).

6. Test NIPT jest testem całogenomowym, co oznacza, że podczas badania analizowane są wszystkie chromosomy. W niektórych przypadkach test NIPT może wykryć poza trisomią chromosomu 13, 21 lub 18, również trisomie innych chromosomów lub inne zmiany, które mogą mieć wpływ na zdrowie moje lub dziecka. Nieprawidłowy wynik testu NIPT wymaga omówienia przez lekarza genetyka klinicznego.

Using NIPT, all chromosomes are analyzed. Therefore, in rare cases, NIPT can also detect other chromosomal abnormalities, such as a trisomy of another chromosome or a chromosome abnormality important for my own health or that of my baby. The Centre for Human Genetics or my gynaecologist will contact me should this be the case.

**ROZUMIEM POWYŻSZE INFORMACJE I ZGADZAM SIĘ NA PRZEPROWADZENIE TESTU NIPT
CELEM WYKRYCIA NAJCZĘSTSZYCH TRISOMII CHROMOSOMOWYCH (13, 18 i 21) U PŁODU.**

**I UNDERSTAND THE ABOVE INFORMATION AND I AGREE THAT NIPT MAY BE PERFORMED FOR THE
DETECTION OF FETAL TRISOMY 13, 18 AND 21.**

PACJENTKA/MOTHER

LEKARZ/CLINICIAN

Imię i Nazwisko:

Imię i Nazwisko:

Data: ____ / ____ / 201__

Data: ____ / ____ / 201__

Podpis:

Podpis: