

DATE PACIENT:

Nume : _____

Prenume: _____

Data nasterii: ___/___/____ Varsta: _____ ani

Greutate: _____ kg Inaltime: _____ cm

Adresa: _____ Tel: _____

Email: _____

Cod laborator : _____

Data recoltarii : _____

Medic: _____

Spital /Clinica: _____
_____**VA RUGAM BIFATI TESTUL DORIT:**

- Test nou : PlGF (>10+ saptam) (marker pentru preeclampsie)**
- Trimestrul I (10+ -> 13+6 saptam) (PAPP-A , Free β -hCG)**
- Trimestrul II (14+ -> 22 saptam)(AFP, Free β -hCG, uE3)**

INFORMATII DESPRE SARCINA:

Ult. mens. (DUM): ___/___/____

Varsta sarcinii (DUM): _____

Data efectuării ECO: ___/___/____

Varsta sarcinii (ECO): _____

Conceptie: Spontana FIV

Data embriotransfer: ___/___/____

Tip ovocite: Proprii Donatoare**INFORMATII ECOGRAFIE :** Sarcina unica Sarcina dubla

Translucența nucală : _____mm

CRL: _____ mm

INFORMATII SUPLIMENTARE:Diabet: Da NuFumator: Da Nu Caucazian African Asiatic**DOAR PENTRU PLGF:** Nulipara Para**Doar pentru ultima sarcina:**

Varsta gestationala la nastere: _____ s.

Greutatea fatului la nastere: _____ gr.

Ani trecuti de la ultima sarcina: ___ ani

 Sarcini anterioare cu preeclampsieHipertensiune arteriala Da NuLupus eritematos sistemic Da NuSindrom antifosfolipidic Da Nu**SCREENINGUL PURTATORILOR DE MUTATII GENETICE (recoltarea sangelui in eprubeta cu EDTA)**

- Δ F508 (cea mai comuna mutatie, 37% in populatia Caucaziana din Romania, pentru Fibroza Chistica)
- 35delG (cea mai comuna mutatie, 70% in populatia Caucaziana, pentru Surditate recesiva non-sindromica)
- Atrofie musculara - SMA

Eu, subsemnata..... declar ca am fost trimisa de dr.----- si am inteles indicatiile pentru screeningul biochimic prenatal pentru sarcina mea precum si avantajele si limitarile acestui test. Am avut ocazia sa pun intrebari la care mi s-a raspuns clar. Am citit si am inteles in totalitate fisa pentru informarea pacientului privind testul screeningului prenatal biochimic din ser matern.

- Inteleg ca screening-ul biochimic din serul matern este un test din sange care se adreseaza femeilor insarcinate care doresc sa stie riscul de a avea un copil cu sindrom Down, sindrom Edwards, sau defecte de tub neural (spina bifida).
- Inteleg ca acest test nu poate diagnostica aceste afectiuni genetice; el detecteaza cazurile care au " risc crescut" si care sunt indrumate spre teste de diagnostic cum ar fi biopsia de vilozitati coriale (CVS) sau amniocenteza.
- Inteleg ca un rezultat cu 'risc crescut' nu inseamna obligatoriu ca si copilul va fi afectat, ci doar ca exista un risc mai mare decat 'valoarea prag'. Numai prin efectuarea de teste aditionale de diagnostic se poate afla cu siguranta daca copilul este afectat.
- Inteleg ca un rezultat 'risc scazut' nu exclude in totalitate posibilitatea nasterii unui copil afectat.
- **Inteleg ca nu exista un rezultat 'fara risc'.**
- Sensibilitatea calcului de risc la screeningul pentru primul trimestru de sarcina este de pina la 95%, iar pentru trimestrul al doilea este de pana la 70%.
- Pentru a obtine un rezultat cu o rata de detectie de 95 % in primul trimestru de sarcina, este esential ca: a) masurarea nivelelor markerilor biochimici sa fie facuta in laboratoare ce folosesc analizoare acreditate FMF (Fetal Medicine Foundation), b) ecografia sa fie efectuata de medici specialisti in medicina fetala.
Inteleg ca femeile cu un rezultat 'risc crescut' au alternativa diagnosticului prenatal fie prin CVS pentru primul trimestru sau amniocenteza pentru trimestrul al doilea de sarcina
- Inteleg ca valoarea concentratiei markerului **PIGF** din serul matern, este asociata cu predispozitia mamei de a dezvolta preeclampsie in timpul sarcinii.
- Inteleg ca in cazul unui risc crescut pentru preeclampsie, este necesar ca atat mama cat si sarcina sa fie monitorizate de medici specialisti in medicina fetala.
- **Inteleg ca pentru a obtine un rezultat optim(cit mai aproape de adevar) in cazul calcularii riscului, este deosebit de important ca toate informatiile date, personale si cele privitoare la sarcina curenta sa fie adevarate.**

Permit Cytogenomic Medical Laboratory sa foloseasca probele mele biologice anonim in scopuri de cercetare., DA / NU

Certific ca toate datele mele personale declarate in fisa pacientului sunt reale.

Solicit si permit Cytogenomic Medical Laboratory sa prelucreze proba mea de sange in vederea obtinerii riscului pentru sindromul Down, Edwards , defecte de tub neural si preeclampsie.

Declar ca am primit o copie de la fisa pentru informarea pacientului privind screening-ul biochimic.

Numele si semnatura reprezentant laborator..... Data...../...../.....

Numele si semnatura pacientului -----